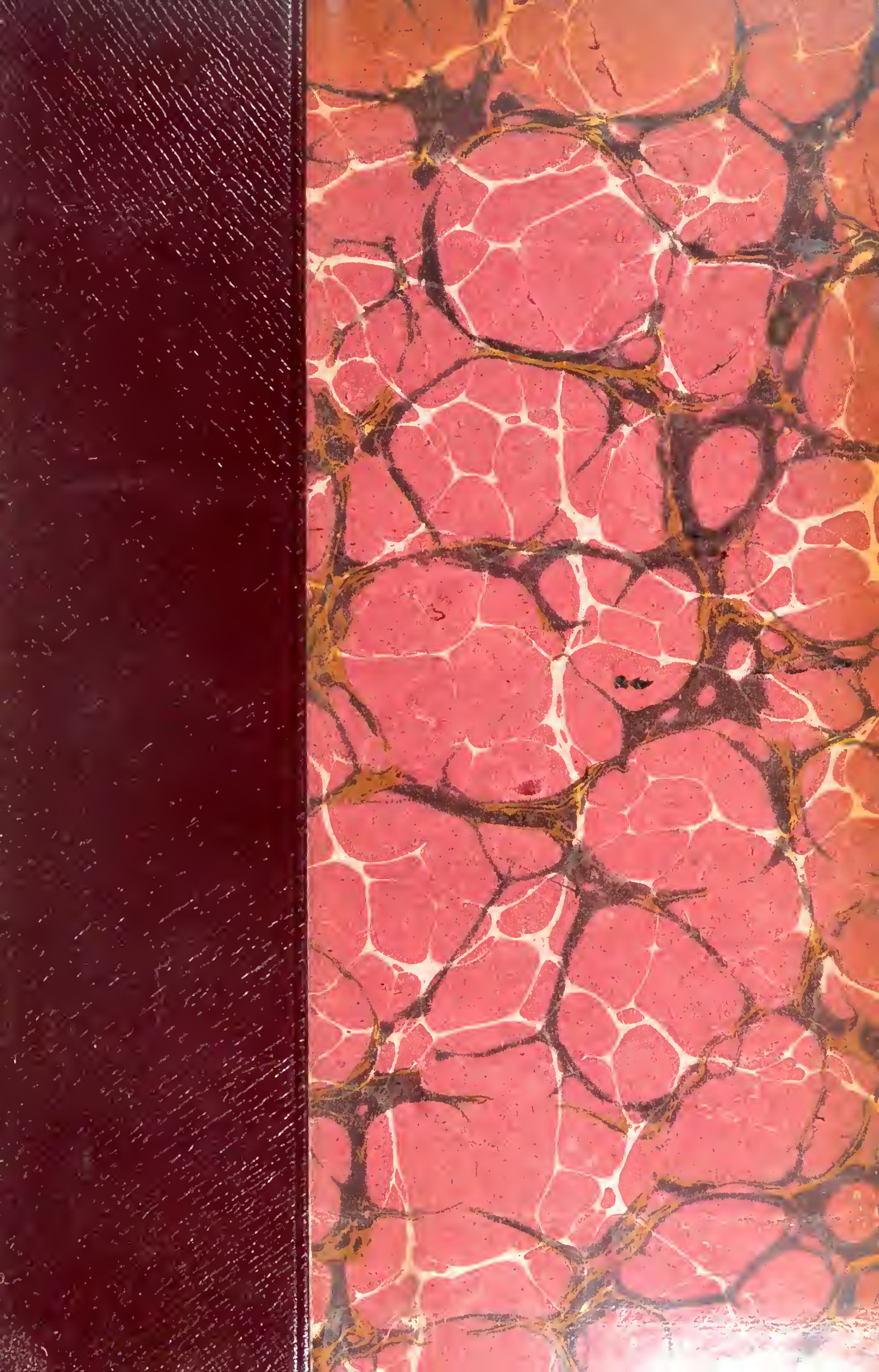


LA MORT

PAR

FIBROMYOMES

UTÉRINS

I

INTRODUCTION

Un jour viendra, sans doute, où la précocité des diagnostics, la sécurité des interventions chirurgicales, feront opérer très tôt, presque dès les premières semaines de leur développement, ces fibromyomes utérins auxquels il faut actuellement un certain volume — à défaut de complications — pour qu'on les déclare justiciables du bistouri. Ce jour-là, les tumeurs énormes que nous voyons encore enlever passeront pour de monstrueuses exceptions. Dans les Sociétés Chirurgicales de l'avenir, tel fibrome du volume des deux poings soulèvera peut-être un jour le même étonnement qu'aujourd'hui la présentation d'un ulcère vermineux. Les fibromes géants seront bêtes curieuses et leur histoire clinique ne s'écrira sans doute alors qu'avec les documents recueillis par nos devanciers et nos contemporains : nos descendants ne les connaîtront plus. Et, de fait, lorsqu'une technique définitivement établie sur des certitudes scientifiques qui nous manquent encore, permettra d'ouvrir les ventres sans danger, ce sera certainement faute grave que de laisser à une tumeur le temps de grandir.

Mais faut-il devancer l'avenir ? Le *diagnostic* d'un fibrome doit-il être toujours le *premier temps d'une*

hystérectomie? Les plus téméraires hésitent parfois : le souvenir d'une intervention malheureuse réveille les scrupules. On en vient à discuter le pourquoi d'une chirurgie dont les exigences et les dangers sont cependant acceptés par les meilleurs esprits. On en vient à se demander ce que cachait ce diagnostic de fibromyome qui a fait prendre le bistouri, *quels dangers* il représentait, quelles *raisons vraies* on avait d'opérer. Y avait-il, pour la malade, plus d'avantages à courir les risques d'une opération qu'à attendre les complications possibles de sa tumeur? Toute hystérectomie expose à des dangers réels; tout fibrome comporte-t-il fatalement des chances de mort?

Cette interrogation, tout chirurgien se l'est posée. C'est un problème cher à notre maître A. Pollosson. Voici dans quels termes il s'exprime à ce sujet :

« Il est bon d'opérer les fibromyomes utérins; c'est chose logique que de vouloir débarrasser un organisme de l'élément grossièrement anormal qui s'y est développé; délivrer une malade de la gène physique, de la gêne morale que provoquent le port d'une tumeur abdominale, et la certitude qu'elle grossira, c'est au moins faire œuvre utile. Est-ce faire œuvre indispensable?

« Les gynécologistes voient surtout les fibromes qu'ils devront opérer; mais nombre de tumeurs doivent échapper à un diagnostic chirurgical; beaucoup de malades, c'est certain, refusent toute intervention, refusent même tout examen qui pourrait aboutir au conseil formel d'une opération. Que deviennent ces malades? Meurent-elles souvent de leur fibrome?

« Nous intervenons, quelquefois, la main forcée par un

symptôme qui s'accentue, une complication qui menace ou qui est en train de se réaliser. Sommes-nous bien sûrs que l'intervention, en la supposant favorable, a réellement mis la malade à l'abri d'un danger pressant ? Et pourrait-on relever beaucoup de cas dans lesquels, en face de complications semblables, l'abstention a été fatale ?

« En d'autres termes, *quand nous opérons une femme atteinte de fibrome utérin, la mettons-nous à l'abri de dangers réels*, et, cela va sans dire, *de complications facilement mortelles ?*

« Car la question vaut qu'on la pose : décider et praquer une intervention d'une telle importance, c'est assumer une lourde responsabilité envers autrui, et plus encore (car le public, avec d'étranges sévérités, a de singulières indulgences) envers sa propre conscience. Et s'il était certain qu'une femme a plus de chances de mourir de l'intervention que de la tumeur elle-même, s'il était démontré que les chirurgiens tuent plus de malades que les fibromes, l'abstention, ou du moins le retour aux seules méthodes palliatives devrait devenir une règle, sans autre exception peut-être qu'un désir de malade formellement exprimé. »

C'est la réponse à cette question, à l'ensemble complexe de ces questions, que s'est proposée le travail qu'on va lire.

Il n'y pouvait pas réussir. De deux choses l'une, en effet : ou bien l'on demande aux médecins une *opinion d'ensemble*, un avis fait d'impressions, de souvenirs confus, un jugement très général sur les observations

qu'ils ont pu recueillir dans leur carrière ; et l'on verra plus loin à quelles opinions contradictoires d'éminents gynécologistes sont arrivés ;

Ou bien l'on s'adresse à la littérature médicale, et l'on recherche *combien il a été publié de cas de morts* par fibromes utérins abandonnés à eux-mêmes.

Il s'agit, bien entendu, toujours ou presque toujours de littérature médicale des quatre-vingts premières années du XIX[e] siècle. Avant cette période, le fibrome est inconnu (LEVRET n'en relevait que *trois cas !*) et depuis, on l'opère. La liste une fois dressée des cas de mort par corps fibreux, et leur classement fait, on peut se croire suffisamment renseigné pour conclure, et dire enfin si les fibromes tuent souvent les malades, de quelle façon ils les tuent, s'il faut accepter ou rejeter le principe de l'intervention.

Cette dernière méthode a été celle de ce travail. Pas plus que la première, elle n'a de valeur réelle.

On dresse bien une liste de décès, mais la contre-partie nous manque et quel pourcentage établir ? Qui nous dira combien de femmes ont survécu à leur tumeur, franchi sans encombre les années d'épreuve, et sont mortes de toute autre affection ? Et les malades porteurs de fibromes parfois volumineux que l'autopsie seule révèle, et qui jamais ne s'en sont plaint ? Le problème clinique ne se pose pas pour celles-là puisque le médecin n'est jamais consulté, mais, il ne faut pas l'oublier, nombre de malades ne sont mortes hystérectomisées que parce qu'on leur avait, *par hasard*, découvert un corps fibreux. Nous pouvons, à la rigueur, savoir combien la tumeur qui nous occupe a tué de

malades : nous ne saurons jamais combien elle en a laissé vivre. Ainsi que les peuples heureux, les *fibromes innocents* n'ont pas encore leur histoire.

Il y a plus : on suppose à la statistique des qualités de fidélité, de précision qui lui manquent ordinairement. Elle est faite de documents disparates : or, une observation n'est, à vrai dire, valable que pour celui qui l'a prise, que par comparaison avec les autres observations qu'il a pu recueillir. C'est presque affaire personnelle, et la meilleure preuve en est qu'on ne découvre presque jamais dans l'observation la plus scrupuleuse du monde, les éléments d'un diagnostic autre que celui de son auteur.

Conclure au nom d'impressions souvent confuses, souvent mal traduites, conclure au nom de statistiques dont la rigueur n'est qu'apparente, c'est également conclure à tort. Le problème n'est actuellement pas soluble ; il ne l'est pas avec les données insaisissables dont on dispose, ou plutôt il est susceptible d'une série de solutions. On le verra clairement plus loin.

Ce travail devait-il se borner à la simple exposition des idées — négatives — que la lecture de tant d'observations avait pu faire naître, et, sous prétexte qu'ils sont connus et catalogués, fallait-il accorder à ces faits une simple et sèche mention bibliographique ? On ne peut raisonnablement y songer. Bien au contraire, l'auteur s'excuse d'avoir fait précéder dans chaque chapitre de ce travail, les observations proprement dites d'une revue en quelques pages des idées actuellement classiques sur la question.

Alors même que l'*observation* médicale est quelque chose de subjectif, de personnel, rien ne vaut sa lecture. La seule ambition de ce travail était de présenter au lecteur des observations, rien que des observations, complètes et dans l'intégrité de leur texte original : à lui d'en tirer les conclusions qu'il lui plairait.

On excusera également la répartition tout artificielle de ces faits en des chapitres mal séparés. Les cas limites abondent et les distinctions rigoureuses pèchent toujours par quelque point.

De ces observations, les unes sont absolument significatives, un plus grand nombre laisse place à l'indécision. Ainsi, la clinique, à côté de rares indications formelles, laisse le plus souvent le champ libre au flair, à l'intuition personnels, et *c'est presque toujours au bon sens individuel à trancher les cas particuliers.*

Et c'est la seule conclusion ferme à laquelle peut aboutir la lecture de ce travail.

II

OPINION DES CLASSIQUES

« La maladie qui nous intéresse était considérée autrefois comme très rare. Lorsque LEVRET commença à s'en occuper, il lui fallut *sept ans* pour réunir *trois* cas auxquels il pût appliquer sa méthode (1). »

Les tumeurs fibreuses se sont-elles faites plus fréquentes depuis cette époque? Ont-elles été mieux observées? C'est probable, bien qu'avant LEVRET, on n'ait pas manqué de cliniciens, et encore moins d'anatomistes. Mais depuis on a publié un nombre incalculable de faits, et une série de statistiques, qu'il n'est pas inutile de rapporter.

Avant de résumer, en effet, les *causes* auxquelles on a le plus communément attribué *la mort par fibrome* il n'est pas sans intérêt, au moins rétrospectif, de rappeler quelles différences ont séparé les divers auteurs dans l'opinion générale qu'ils ont eue des fibromes. Les uns en ont fait *une affection grave*, d'autres une *maladie sans importance*. Les uns les ont crus *fréquents*, d'autres *rares*. Et de telles divergences aideront à comprendre pourquoi la thérapeutique des fibromes est encore, pour beaucoup d'excellents esprits, une question en litige.

---

(1) DUPUYTREN, p. 298.

Les corps fibreux sont-ils fréquents?

« BAYLE évalue à un cinquième le nombre des femmes âgées de plus de 35 ans chez lesquelles il a noté un ou plusieurs corps fibreux. PORTAL, en 1770, sur 20 matrices, en avait trouvé 13 affectées de polypes. PICHARD, sur 200 examens, n'a trouvé que 7 cas de tumeurs fibreuses. BRAUN et CHIARI, ont relevé 2494 cas sur lesquels ils n'ont trouvé que 25 exemples de tumeurs fibreuses; (la statistique comportait à peu près autant d'hommes que de femmes...) POLLOCH (*Lancet*, 1852), dans une statistique faite à Saint-Georges Hospital sur des sujets féminins depuis la naissance jusqu'à l'extrême vieillesse, donne 39 tumeurs fibreuses pour 583 autopsies... WEST, examinant les utérus de femmes exclusivement adultes, a trouvé 7 cas de tumeurs sur 70 observations. LEUDET, sur 67 autopsies pratiquées sur des femmes au-dessus de 29 ans, en a trouvé 10... FOUCHER, sur 38 femmes ayant dépassé 40 ans en a trouvé 13 fois. LOIR, dans une statistique faite pour Dupuytren, sur 40 utérus de vieilles femmes a rencontré 15 fois des corps fibreux (1). »

DUPUYTREN professait, en conséquence, que presque toutes les femmes portaient des corps fibreux utérins. BROCA affirmait que l'on rencontrait des fibromes environ dans un tiers des cas des nécropsies pratiquées à l'hospice de la Salpétrière. Enfin, pour arriver à des statistiques plus modernes, KLOB estime que 40 0/0 des femme âgées de plus de 50 ans en sont atteintes. HOFMEIER, ESSEN-MOELLER, ENGSTROEN, KLEINWACHTER,

(1) GUYON, p. 59.

acceptent les chiffres de 4, 5 ou 6 0/0. Winckel se rapproche plus vraisemblablement de la vérité avec le chiffre de 12 0/0.

Sans vouloir atteindre à une précision illusoire, car les chiffres varient, sans doute, avec l'époque, le pays, et l'observateur, on arrive avec les classiques à la formule adoptée par tous : *les fibromes sont très fréquents.*

Sont-ils graves? Ici les opinions divergent, ou plutôt, à la théorie classique qui, jusqu'à ces vingt dernières années ne voyait dans la plupart des fibromes qu'une affection plus gênante que dangereuse, tend à se substituer avec les ambitions et les audaces de la gynécologie contemporaine, la notion qu'il s'agit de tumeurs toujours dangereuses et toujours à supprimer. Et l'évolution se montre si décidée, si volontairement oublieuse des constatations du passé, qu'on peut lire dans un travail parisien récent, trop plein d'esprit pour être sage, l'impardonnable phrase que voici : « Dans une première phase, pour ainsi dire préhistorique, on n'opère pas les fibromes à évolution abdominale : c'est une *période d'incurabilité;* les femmes *meurent* de leur tumeur fibreuse *de façon inéluctable;* comme actuellement les cancéreuses sont vouées à une mort certaine (1) ». Rapprocher de la mort possible des fibromateuses, la mort fatale des cancéreuses est véritablement excessif.

Les plus alarmistes ne sont jamais allés si loin. Gaillard Thomas se bornait à constater « que peu

(1) Thèse Dartigues, p. 26.

d'affections sont de nature à causer de plus désagréables surprises au médecin inexpérimenté qui aurait formulé son pronostic d'une façon hâtive ». LAWSON TAIT s'étonnait simplement « du peu d'importance qu'on a si longtemps attaché à ces sortes de tumeurs ». PÉAN, au congrès de 1893, donnait à son retentissant rapport « *sur la prétendue bénignité des corps fibreux* » les conclusions suivantes : « Les fibromes utérins, lors même qu'ils ne sont pas très volumineux, sont des tumeurs dangereuses qui donnent souvent lieu à des complications graves, et qu'il faut opérer dès qu'elles sont reconnues. » C'est l'opinion de MARTIN. Cet auteur qui, dit-il, « n'a vu que trop souvent des malades perdre jusqu'à la dernière goutte de leur sang » affirme « quoi qu'on en ait dit, que les myomes ne sont pas communément des productions bénignes. MATTHEWS DUNCAN, déclarant au congrès de Londres (1881), que l'on ne meurt pas d'un fibromyome est en contradiction avec l'expérience de tous les gynécologistes. Et plus nous collectionnons d'observations, plus le pronostic s'assombrit. »

Voici la contre-partie : BOIVIN et DUGÈS, ont été les premiers à noter les phénomènes d'atrophie dont la tumeur peut être le siège. « Il peut même arriver que, malgré des progrès continuels... des corps fibreux qui ont longtemps produit des souffrances perpétuelles et menacé l'existence des malades, cessent d'occasionner ces effets pénibles, parce qu'ils changent de place... parce que les organes voisins s'habituent à leur contact... ou parce que les vaisseaux de l'utérus s'obstruent

en grande partie. » BAYLE, vingt ans plus tôt, écrivait de façon plus absolue : « Les corps fibreux ne deviennent point dangereux par eux-mêmes... ils peuvent rarement entraîner des accidents graves. Quant à ceux qui n'entraînent d'autres accidents que ceux qui dépendent de la nature de la tumeur, on peut les regarder comme incapables de donner des inquiétudes fondées. » VIDAL (DE CASSIS), concluait à un pronostic bénin et déclarait « vraiment remarquable la quantité de cadavres offrant de ces tumeurs et mortes de toute autre maladie ».

CARL SCHROEDER croit que « dans l'immense majorité des cas, elles finissent par demeurer stationnaires ». SIREDEY et DANLOS « y voient une infirmité, une menace, une imminence de danger plutôt qu'un danger réel ».

TRÉLAT, il y a peu d'années, déclarait « ne pas voir la nécessité de les supprimer complètement ».

RECLUS, dans ses Cliniques de la Pitié, parle du très grand nombre de femmes qui vivent avec des *fibromes innocents*. Mais c'est VERNEUIL, qui fermant la discussion ouverte au Congrès de 1893 sur les fibromes utérins, s'est montré le plus raisonnablement optimiste.

« On a beaucoup insisté, disait-il, sur la gravité des fibromes utérins et la fréquence des accidents qu'ils provoquent, en sorte que, d'après quelques-uns de nos confrères, l'indication opératoire s'impose dès que l'existence du fibrome est constatée. C'est là une proposition que je n'accepterai jamais, et il y a, à mon avis, une réelle exagération dans ce qui a été dit au sujet de la gravité des fibromyomes utérins.

« J'admets très bien la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibrome déterminant des accidents véritablement graves, qui surviennent à la longue, en l'absence complète de soins. Mais, à côté de ces cas, il en est un nombre considérable dans lesquels les accidents provoqués par les fibromes utérins sont extrêmement légers et facilement curables par les moyens ordinaires. D'une façon générale, on peut dire que *la mort par fibrome utérin est tout à fait rare*, et, pour mon compte, je n'ai jamais vu une femme mourir d'hémorragies consécutives à un fibrome. J'ai soigné avec succès pendant deux mois une femme épuisée par des hémorragies ; elle était très améliorée lorsqu'elle entra dans un autre service où on lui fit l'hystérectomie : trois jours après elle était morte. Il est bien certain que les chiffres de la mortalité accusés par nos collègues les plus habiles à la suite d'opérations, présentent un contraste frappant avec la rareté de la mort par fibromes non opérés. »

L'optimisme de Verneuil a été dépassé. Au Congrès de Rome, en 1894, Thomas More Madden (de Dublin), s'opposait en réactionnaire ardent à tout traitement chirurgical des myomes et déclarait *coupable* le traitement chirurgical d'une maladie qui *abandonnée à elle-même avait une mortalité nulle*. C'est à peu près l'opinion professée au Congrès de 1900 par La Torre, qui conseillait la thérapeutique la plus conservatrice « au nom de la gynécologie, de l'instinct maternel, de la science en général ! »

Les opinions ci-dessus exprimées sont, pour la plu-

part, celles de chirurgiens qui vivaient à l'époque où les fibromes utérins (les polypes excepté) n'étaient qu'observés et où l'on voyait mourir dans des services de médecine, les malades qui succombaient à de telles tumeurs. Plus nous allons, plus l'on tend à les opérer sitôt diagnostiquées.

Aussi bien était-il inutile de chercher à connaître par le détail, l'opinion de la plupart des chirurgiens contemporains : qu'ils considèrent cette affection comme bénigne ou maligne, peu importe puisque l'intervention est toujours indiquée. C'est donc aux *vieux auteurs* qu'il fallait s'adresser.

Les anciennes statistiques nous rapportent un assez grand nombre de morts causées par des fibromes utérins ; et précisément, parce qu'autrefois, les fibromes n'étaient pas opérés, c'est dans les *Bulletins de la Société Anatomique*, en particulier, et plus généralement dans toutes les présentations de pièces d'autopsie qu'il faut chercher des documents. Leur lecture est profondément intéressante ; surtout parce qu'on y retrouve signalés sans attention, sans importance, des détails qui nous paraissent au jourd'hui d'intérêt capital. On ferait facilement le tableau symptomatique et anatomique de telle affection isolée et définie de nos jours seulement (comme la salpingite), avec les observations glanées dans deux ou trois volumes du *Bulletin de la Société Anatomique*, vers 1840.

La lecture des *contemporains* offre, au point de vue particulier qui nous occupe, des ressources beaucoup moins grandes. Les contrôles histologiques et bactériologiques apportent bien évidemment des notions

nouvelles d'un très grand intérêt : on sait mieux aujourd'hui pourquoi un fibrome se sphacèle et ce qu'il faut désigner par sa dégénérescence. Mais on recueille beaucoup plus difficilement dans la littérature médicale de ces quinze dernières années, des observations de morts par fibromes abandonnés à eux-mêmes, soit parce que l'intervention précoce ne laisse plus aux tumeurs le temps d'évoluer, soit peut-être parce que la majorité des médecins n'ose pas avouer et publier qu'elle a laissé une malade *mourir* d'une tumeur dite *bénigne !*

Mais il reste une certaine quantité de relations médicales dans lesquelles on voit un chirurgien *opérer, la main forcée*, sous la menace d'une *complication grave, presque fatalement mortelle.* Dans ces, cas la malade serait probablement morte si l'on n'était pas intervenu. L'évolution naturelle se faisait vers la mort. Et voilà des observations qu'on est amené fatalement à rapprocher des précédentes.

Au total, les faits cliniques étudiés dans ce travail sont, ou bien des cas de *morts sans intervention* d'aucune sorte, ou bien des cas à *intervention presque in extremis*. On pourra retrouver dans les chapitres qui suivent toutes les observations de morts sans intervention que la littérature médicale française offre au cours du XIX[e] siècle, et seulement les observations les plus typiques d'opérations d'urgence motivées par un fibrome utérin.

Voici très rapidement les principales causes auxquelles on a pu attribuer la mort de ces malades. Le détail en sera étudié plus loin.

I. — Certaines femmes porteurs de fibromes meurent de *cachexie*. Le volume de la tumeur, la compression qu'elle exerce, les lésions cardiaques, rénales, les phénomènes d'infection utérine atténuée, la compression du rectum ou de la vessie en sont les agents les plus habituels. La mort par cachexie, mort complexe, caractérisée surtout parce qu'aucun phénomène morbide ne s'y montre prédominant, est sans doute une mort *fréquente* (relativement, bien entendu, à l'ensemble des morts), mais, chose singulière, les observations en sont rarement publiées. Peut-être parce qu'aux yeux de nombre de médecins, c'est chose naturelle ; peut-être surtout parce que ces malades, plus médicales que chirurgicales, ne vont jamais mourir à l'hôpital.

II. — A la mort par cachexie se rattache de très près la mort par *hémorragie utérine*. L'hémorragie est, en effet, la grande cause de l'anémie grave de ces malades. Dans certains cas, elle affecte une forme assez foudroyante pour mériter une place à part. L'hémorragie a lieu le plus habituellement sous forme de *métrorrhagie* ; très exceptionnellement (et c'est bien artificiellement qu'on rapproche des faits aussi disparates), la malade saigne *dans son péritoine*. On en lira deux observations, dont l'une non suivie de mort.

III. — La cause la plus importante relève, bien entendu, de l'*infection*. Et sa conséquence la plus grave, celle qui le plus souvent a causé la mort, c'est le *sphacèle*. Toutes les variétés de fibromes y sont expo-

sées, du polype le mieux pédiculé, à la tumeur la plus profondément encapsulée. L'étiologie en est souvent complexe, le mécanisme de la mort, variable, qu'elle survienne par *intoxication*, *septicémie lente*, *pyohémie*, ou *rupture* intrapéritonale d'un *foyer suppuré*.

IV. — C'est le voisinage de la grande séreuse qui fait le danger du sphacèle des fibromes utérins. C'est encore la *péritonite* qu'il faut incriminer dans nombre de cas où la mort est survenue sans autres lésions du côté de l'utérus que la présence d'un fibrome non sphacélé, non suppuré, avec des annexes saines. Cette absence de lésions, dont s'étonnaient les médecins d'autrefois et qui leur avait fait accepter la *péritonite latente idiopathique*, n'est qu'apparente, et le microscope révèle souvent du côté des muqueuses utérine ou salpingienne des lésions largement suffisantes à tout expliquer.

V. — Ces lésions salpingiennes sont souvent évidentes, et le *pyosalpinx* rompu ou non dans le péritoine, a déterminé dans un certain nombre de cas la péritonite terminale.

VI. — On arrive maintenant aux faits exceptionnels: *thrombose* de gros vaisseaux pelviens et *embolie pulmonaire*. Faits rares, mais dont l'intérêt devient peut-être plus général si l'on songe au grand nombre de morts soudaines post-opératoires, qui s'y rattachent.

VII. — Eventualité très rare également, la *mort subite par le cœur*. Comme dans la catégorie précédente,

la nature même de la tumeur n'y joue probablement aucun rôle ; fibromes de l'utérus ou kystes volumineux de l'ovaire sont passibles du même accident.

VIII. — Mécanisme moins complexe : dans la série des complications suivantes, la tumeur n'agit que par simple présence et par compression sur les organes intrapelviens. Et l'on relève des morts par perforation de la *matrice*, de la *vessie*, des *parois abdominales* ; des cas d'obstruction par *compression de l'intestin* ; des faits beaucoup plus fréquents de *compression urétérale* avec lésions rénales consécutives, et mort par *urémie*.

IX. — Enfin, il n'est pas permis dans une étude d'ensemble sur la mortalité des fibromes utérins de passer sous silence deux complications d'un ordre un peu spécial, à savoir la *dégénérescence du néoplasme*, et les complications dues à la *grossesse*. Il est bien évident qu'ici quelque chose s'ajoute au fibrome proprement dit, que le fibrome dégénéré n'est plus un fibrome, et que nombre d'auteurs ont parlé de substitution d'une tumeur à une autre ; bien évident, d'autre part, que si les complications gravidiques ont tué quelques malades porteurs de corps fibreux, *la responsabilité de la tumeur est atténuée la grossesse étant en quelque sorte un mal évitable*. Mais il s'attache, au moins à la question des dégénérescences néoplasiques, un intérêt de théorie trop général pour qu'on ne s'y soit pas arrêté.

III

LA MORT PAR CACHEXIE

« Il y a quelques années, dit Emmet (p. 538), on m'amenait au Woman's Hospital une femme présentant une énorme tumeur fibreuse, et absolument épuisée. Pendant plusieurs années, elle n'avait pas eu d'hémorragies et pendant cette période, la tumeur n'avait semblé grossir que fort peu. Mais, par suite de la pression exercée par la tumeur et de son grand poids, la malade avait continuellement souffert. On ne pouvait rien faire pour la guérir, car elle était trop épuisée pour qu'on pût tenter l'enlèvement de l'utérus si on l'avait jugé utile. Elle était extrêmement émaciée et mourut d'épuisement quelques jours après son admission.

« A l'autopsie, je trouvai une tumeur constituée par une masse de nodules conglomérés, réunis par une mince capsule qui permettait d'en voir et d'en sentir les inégalités. Dans la masse, plusieurs tumeurs avaient subi la dégénérescence calcaire. »

On lit dans Boivin et Dugès (t. I, p. 367) : « Une fille âgée de 55 ans, avait eu deux enfants dont le dernier était déjà âgé de 22 ans. Elle était depuis quelque temps sujette à des pertes utérines très abondantes qui l'avaient jetée dans l'état de pâleur, de bouffissure et

de faiblesse où elle se trouvait. Les mouvements irréguliers du pouls, les palpitations du cœur dont elle se plaignait firent croire à une maladie de cet organe. Pourtant l'autopsie ne montra autre chose qu'une lésion des intestins (?), et une concrétion fibreuse du volume de la première phalange du pouce adhérant par une très petite surface à la cavité de l'utérus. Le tissu du corps de la matrice était d'un rouge-brun, tandis que le col, d'ailleurs très allongé, était d'un blanc violacé. Les palpitations n'étaient occasionnées que par l'abondante perte de sang qui avait précédé, et l'on doit croire que le petit corps fibreux développé dans la cavité de la matrice, en déterminant l'afflux de sang vers l'organe, a été cause de la mort du sujet. »

Il se dégage des deux observations qu'on vient de lire, sinon l'expression schématique de deux types bien définis dans leur opposition, du moins le contraste très vif qui peut séparer deux exemples de *cachexie dans les fibromes.*

Dans le premier cas, c'est une tumeur volumineuse, énorme, agissant par son poids, par la compression diffuse qu'elle exerce sur tout le contenu abdominal, sans hémorragies, sans pertes. Dans le second, la malade meurt anémiée, épuisée par d'incessantes hémorragies ; et le point de départ de tout cela n'est qu'une « médiocre concrétion fibreuse du volume de la première phalange » insérée par un étroit pédicule au fond de l'utérus.

Des exemples aussi faciles à opposer sont rares : rarement on a affaire à une pathogénie aussi simple. C'est

qu'en effet la *cachexie fibromateuse* (si l'on peut s'exprimer ainsi) est *l'ensemble complexe de faits pathologiques très divers*. Il est des femmes chez lesquelles d'incessantes pertes de sang expliquent suffisamment l'anémie profonde dont la malade mourra : c'est l'histoire de la malade de Boivin. Il en est d'autres où l'énorme volume de la tumeur constitue évidemment une telle gêne au bon fonctionnement des viscères abdominaux et thoraciques qu'on se figure aisément que la malade en ait pu mourir : l'observation d'Emmet en fait preuve. Un autre fait de Cruveilhier dans lequel une tumeur énorme simulait le foie et tua la malade d'asphyxie, est peut-être encore plus caractéristique.

Mais les malades qui meurent cachectiques meurent habituellement de tout cela, et d'autre chose encore. Elles succombent parce que les *métrorrhagies* les ont profondément anémiées ; parce que leur tumeur comprime leurs urétères, leur rectum, créant chez elles la *coprémie* que signalait Barnes, et la *néphrite* qu'on trouve si fréquemment dans le cas de tumeur ancienne ; parce que la *phlébite* (1) a gêné leur circulation veineuse ; parce que leur *cœur*, leur *foie* sont touchés ; parce qu'elles sont à l'âge où *l'artériosclérose* fait ses victimes, et qu'il est des fibromes qui *vieillissent* vite ; parce que le *volume* de leur tumeur les confine à la chambre et ralentit leurs échanges nutritifs ; enfin parce que souvent leur *muqueuse* utérine ou leur *tumeur* même sont infectées, et

---

(1) Gangolphe a vu mourir plusieurs malades chez lesquelles la phlébite double des membres inférieurs, a été le premier accident cachectique.

que l'abondance des pertes blanches (où Milliot voyait à tort une cause grave de dénutrition), traduit simplement la réaction de l'organe à une infection atténuée mais réelle.

Les femmes qui meurent cachectiques, meurent de tout cela ; et tout cela se passe presque en dehors de la tumeur elle-même.

Les hémorragies peuvent avoir cessé (voyez Emmet) ; la tumeur, anémiée elle aussi, a perdu de son volume et fait moins sentir à l'abdomen l'encombrement de sa présence ; l'infection locale se réduit à peu de choses ; mais le *cœur*, les *reins*, les *vaisseaux* sont touchés (1).

C'est donc à des altérations très générales que succombe habituellement la malade qui meurt cachectique. Millot, dans sa thèse, a bien mis cette notion en relief : « Les *pertes blanches* ouvrent ordinairement la marche, et cet état pathologique seul serait déjà bien capable par lui-même d'anémier considérablement la malade. La chlorose en fait foi. Mais au bout d'un certain temps ou même conjointement, arrivent des *hémorragies* abondantes, incoercibles, qui affaiblissent la malade à un degré extrême.

« La santé générale s'altère profondément... Ces pertes abondantes sont le fait des fibromes interstitiels beaucoup plus graves, pour cette raison, que les fibromes péritonéaux. Le teint devient pâle, le facies exprime la

---

(1) Bantock insistait sur la fréquence des *foies gras* chez les malades porteurs de fibromes. Lob, Gottschalk et Giles ont vu des *diabètes* accompagner une tumeur fibreuse et disparaître avec son ablation. Kleinwachter avait fortement attaqué ces faits, mais en a rencontré lui-même un cas incontestable.

souffrance, les fonctions digestives ne s'accomplissent plus qu'avec difficulté. »

Et l'on voit se réaliser alors, progressivement, avec parfois d'intermittents à-coups dus à une métrorragie nouvelle, à une poussée péritonéale, à de l'encombrement intestinal, le tableau habituel de la cachexie confirmée.

La malade est *pâle*; parfois d'une pâleur un peu terreuse (et c'est plus volontiers le cas des fibromes avec infection), plus habituellement la décoloration des téguments se rapproche du teint jaune très clair des cancéreuses, ou de la pâleur de cire de certains brightiques. Le visage est légèrement *bouffi*, l'abdomen volumineux, les membres inférieurs, la paroi abdominale *infiltrés*, et d'un œdème dur qui n'est pas l'œdème tremblotant des rénales : avec les altérations des reins et du sang, il y a ici de la phlébite (facile à déceler ou profonde). Parfois l'existence d'un gros cordon ou l'œdème intense unilatéral font soupçonner une *thrombose*.

Au *cœur* on a des souffles : on en trouve dans les gros vaisseaux du cou, tout comme chez la chlorotique à laquelle certaines de ces malades ressemblent beaucoup ; l'essoufflement, les palpitations sont habituels : la malade est, bien entendu, incapable d'aucun effort.

Les urines sont rares, fortement *albumineuses*, malodorantes ; souvent elles contiennent du *pus*.

Les *métrorrhagies* n'ont plus le caractère de persistance qu'elles présentaient jadis : la malade n'a plus de sang à perdre. Souvent en revanche une *leucorrhée* persistante s'est installée.

L'appétit est nul : la langue devient sèche, souvent dans les dernières semaines on voit s'y développer du *muguet*. Les aliments sont rarement bien tolérés : la *diarrhée*, comme dans toutes les cachexies, demeure un bon signe de la fin prochaine. Signe également fatal, le développement d'*escharres sacrées*.

Si des *lésions pulmonaires* surajoutées (elles sont rares), si une *embolie* (fréquente, mais sans éclat à cette période), ne viennent pas brusquer le dénouement, la malade meurt dans le marasme, assez doucement, avec une agonie parfois longue mais tranquille, et, sauf le cas de tumeur très volumineuse où l'asphyxie rappelle la fin des cardiaques, *on hésite*, à la voir mourir, *à faire le diagnostic de néphrite ou de cancer*.

OBSERVATIONS

Boivin et Dugès (t. I ; p. 355).

« Il est des cas dans lesquels, épuisée par la perte de sang, par les efforts mêmes de l'expulsion et par l'angoisse résultant de l'état violenté des parties, la femme a succombé avant qu'on ait rien pu tenter pour son soulagement. Un exemple en est rapporté dans l'ancien *Journal de médecine*, t. LXIII. La tumeur était fibro-sarcomateuse : après la mort on le détacha facilement en tirant sur elle et en rompant son pédicule. »

BOIVIN et DUGÈS (t. I ; p. 352).

« Chez une femme déjà débile et néanmoins disposée aux hémorragies, un polype charnu fixé au fond de la matrice a pu causer des pertes si fréquentes, qu'un épuisement mortel arrive avant même que l'excroissance ait franchi l'orifice utérin ou l'ait suffisamment dilaté pour ne laisser aucun doute sur son existence. »

J. CRUVEILHIER (*Anat. Path.* t. III ; p. 676).

« J'ai vu une tumeur fibreuse du poids de 5 kilogrammes, qui naissait de l'angle supérieur droit de l'utérus par un long pédicule du volume d'une plume à écrire et qui était presque entièrement cachée dans l'hypochondre droit qu'elle débordait à peine. Cette tumeur, qui a été prise pour le foie pendant la vie, s'était moulée dans la cavité de l'hypochondre droit et avait, à peu de choses près, la forme et le volume ordinaires de cet organe. Le foie refoulé en haut, atteignait la troisième côte. Ce corps fibreux sous-péritonéal, que je viens de décrire avait été refoulé. en haut, par un autre corps fibreux du poids de 10 kilog. 550, qui remplissait une partie de la cavité abdominale. La malade était morte d'*asphyxie.* »

BARTH (*Bull. Soc. Anat.* 1848 ; p. 313).

« L'A. présente plusieurs pièces provenant d'une femme de 42 ans, entrée en avril à l'infirmerie de la Salpétrière dans un état de cachexie très prononcée. Elle était pâle, décolorée, éprouvait depuis un temps indéterminé des pertes sanguines par intervalle et un écoulement blanc fétide qui persistait d'une manière continue. De plus, les membres inférieurs étaient infiltrés de sérosité... Cependant, un écoulement fétide se faisait par le vagin... Il s'y joignit de

la diarrhée et la malade perdant chaque jour ses forces succomba dans un état de marasme avancé. *Autopsie:* utérus tout-à-fait déformé par des tumeurs multiples développées dans ses parois, ayant depuis le volume d'une cerise jusqu'à celui du poing, les unes encore de nature fibreuse, élastiques, les autres plus dures. »

FOUCHER (*Bull. Soc. Anat.*, 1851 ; p. 191).

« 60 ans ; début à 50 ans. Augmentation du volume du ventre depuis six mois... écoulement fétide... La malade prend de la diarrhée et meurt adynamique. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse de l'utérus avec concrétions calcaires. »

MASLIEURAT-LAGÉMARD (*Bull. Soc. Anat.*, 1860, p. 188).

« 72 ans ; le développement de la tumeur remonte à trois mois ; abdomen volumineux ; ascite : développement des veines sous-cutanées abdominales. Infiltration des extrémités ; oppression ; température moyennement élevée. Anurie. Diarrhée. Mort. *Autopsie :* Pas de compression urétérale. L'auteur insiste sur la médiocre quantité des urines rendues. La tumeur n'avait pas été diagnostiquée. »

DELFAU (*Bull. Soc. Anat.*, 1868 ; p. 362).

« Présente un utérus chargé de corps fibreux à divers degrés d'évolution intra et extrapariétale. Beaucoup de ces corps sont d'une énucléation facile. En outre, il y avait trois kystes ovariens peu volumineux et chargés de pus... La femme, âgée de 50 ans, était morte d'épuisement à la suite d'hémorragies persistantes. »

DESPRÈS et BERDINEL (*Bull. Soc. Anat.*, 1875 ; p. 750).

« 75 ans ; légères métrorrhagies depuis un an. « Expulse spontanément avec hémorragie abondante au cours d'une

quinte de toux un polype pédiculé du poids de 800 grammes. Pas d'accidents les jours suivants; mais... sous l'influence du repos au lit, la malade a eu des escharres au sacrum, une pneumonie hypostatique, de l'incontinence des urines et des matières fécales, avec paresse des membres inférieurs. »

HUNTER (*Obstet. Society of New-York;* 15 nov. 1887).

« Le tour de l'abdomen mesurait six pieds, deux pouces. Jamais d'hémorragies. Symptômes de compression. Morte d'épuisement à 53 ans. La tumeur avait été reconnue depuis vingt-trois ans. »

IV

LA MORT PAR HÉMORRAGIES

La mort par hémorragie est rare au cours des fibromes, ou plutôt il est exceptionnel de voir une malade succomber exclusivement à des pertes de sang exagérées. D'abord parce que les hémorragies sont un signe inquiétant qui décide vite la malade à demander une intervention ; peut-être, ensuite, parce que la résistance de la plupart des femmes aux hémorragies génitales est considérable. Non seulement il est fréquent de voir après un accouchement, une fausse couche, une malade qu'on aurait dit saignée à blanc, vite retrouver un état général satisfaisant, mais tout gynécologiste a donné des soins à de ces femmes porteurs de fibromes qui perdent trois semaines par mois et n'en mènent pas moins une vie active. L'hémorragie menstruelle physiologique crée-t-elle un entraînement spécial, donne-t-elle à l'organisme une résistance particulière aux hémorragies de la sphère génitale ? Ou bien, l'émotion moins grande qu'éprouvent les malades devant une hémorragie qui leur est familière suffit-elle à expliquer le choc moins considérable qu'en ressent l'état général?

Quoi qu'il en soit, la mort par simple hémorragie

est rare ; les observations publiées en sont du moins exceptionnelles.

Comment l'hémorragie se produit-elle ? Très habituellement l'hémorragie siège dans la cavité utérine à la surface de la tumeur ou plus généralement dans la muqueuse de revêtement. Mais, exceptionnellement, on a pu voir cette hémorragie se produire dans la coque conjonctive qui sert de gangue au fibrome et s'ouvrir secondairement dans la cavité utérine. Enfin, et sans qu'on puissse rien dire de la fréquence de cet accident puisque la littérature médicale n'en offre pour ainsi dire aucun exemple, un de ces gros sinus veineux qu'on voit parfois sillonner la surface séreuse de l'utérus fibromateux a pu se rompre dans le péritoine. Dans un cas, auquel manque malheureusement le contrôle nécropsique, la malade est morte. Chez une malade de A. Pollosson, l'intervention hâtive permit de saisir les lésions sur le fait.

Une division s'impose donc d'elle-même en *hémorragies intra-utérines* et *hémorragies intra-péritonéales*.

A. — Hémorragies intra-utérines.

Si l'on examine avec soin la cavité utérine d'un fibrome enlevé par hystérectomie chez une femme qui présentait antérieurement d'abondantes métrorrhagies, on est frappé du *peu d'importance des lésions*. La muqueuse est épaisse, tomenteuse, par place ecchymotique (et il semble bien que les ecchymoses marquent le siège du suintement en nappe qui fait la métrorragie) ; avec une certaine fréquence on trouve un ou

plusieurs polypes muqueux rouge foncé, gorgés de sang, mais alors même que la perte était assez abondante pour nécessiter un tamponnement, on cherche vainement le gros vaisseau ou les gros vaisseaux dont la rupture cadrerait si bien avec l'abondance des métrorrhagies. THEILHABER a récemment soutenu à propos de ces métrorrhagies persistantes qu'il faut en rapporter la cause à *l'insuffisance du muscle utérin*. Sa contractilité ayant disparu, les gros vaisseaux demeureraient béants, la stase veineuse et les hémorragies incessantes en résulteraient (?).

Ailleurs, on n'a plus affaire à la tumeur interstitielle à laquelle on vient de faire allusion ; il y a tumeur sous-muqueuse, et l'on demeure encore frappé des faibles proportions du néoplasme. « Bien des malades ont succombé épuisées par des hémorragies causées par un polype dont on n'avait pas soupçonné l'existence pendant leur vie », disait BARNES. Avec de très petites tumeurs il a fallu déplorer une terminaison fatale. RAMSKIN, BARNES, STONE en ont été témoins. Dans les observations de LABOULBÈNE, BOIVIN et DUGÈS la tumeur était volumineuse, mais entièrement accouchée dans le vagin, et l'autopsie donna fortement à croire que la muqueuse utérine était demeurée indifférente et que la métrorrhagie n'avait eu pour siège que la surface de la tumeur.

A toutes ces formes anatomiques, dans lesquelles l'hémorragie s'est faite, soit au niveau de la muqueuse, soit au niveau de la tumeur, répond cliniquement une marche assez lente ; les malades meurent anémiques, épuisées, cachectiques. On les voit pâlir, prendre cette

teinte cireuse signalée dans nombre d'observations, ou bien cette coloration jaune-paille qui souvent les font, à distance, prendre pour des cancéreuses.

Leurs muqueuses sont profondément décolorées, leur tissu conjonctif s'infiltre ; elles prennent du muguet, un peu de délire, et meurent. Au fond, elles meurent de cachexie plus que d'anémie.

Mais voici quelques cas dans lesquels il ne s'agit plus de suintement en nappe, continu, entraînant au bout de quelques mois, de quelques semaines, une mort par lent épuisement. Dans les observations de Duncan, de Cruveilhier, de Schwartz et Hepp, très probablement même dans un cas de Delore, il y a eu rupture d'un de ces gros sinus qu'on trouve dans la capsule conjonctive de la tumeur. Par malheur cette rupture au lieu d'être interstitielle et d'entraîner simplement une infiltration sanguine locale, s'est faite en pleine cavité utérine, et, *en quelques heures* la malade meurt saignée à blanc.

« Chez une malade que nous avons vu mourir en deux heures, déclarent Schwartz et Hepp, l'hémorragie s'était produite au niveau d'une corne utérine dont la muqueuse présentait une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, répondant dans la profondeur à une effraction veineuse. »

Dans la plupart des cas, il faut le reconnaître, la malade, depuis longtemps, avait saigné, et la massive hémorragie déterminée par la rupture d'un gros vaisseau veineux, n'a été mortelle que parce qu'elle frappait un organisme à résistance déjà largement amoindrie. (1)

(1) Dans un cas récemment présenté par A. Pollosson à la Société de Chirurgie de Lyon, une hémorragie très abondante mais non mortelle, relevait de la rupture d'un gros sinus sous-muqueux.

B. — Hémorragies intra-péritonéales.

Ici rien que d'exceptionnel, et c'est moins parce que la mort a pu en être la conséquence qu'en raison du caractère singulier de cette accident, que les observations qui s'y rattachent ont trouvé place dans ce recueil.

On sait quelle influence exerce la présence d'une tumeur sur la circulation veineuse de l'utérus, des ligaments larges, et du petit bassin. Freund rapportait récemment un cas d'hémorragie post-opératoire dû à des varices du ligament large particulièrement développées au voisinage d'un utérus fibromateux. Habituellement la surface même de l'utérus fibromateux est lisse, rosée, et ne comporte pas un lacis veineux bien développé. Il est bien rare qu'on ait à ménager de grosses veines. Par exception, de gros sinus se développent immédiatement sous le péritoine, dans la coque musculaire utérine.

Klobb, d'après Delbet, aurait vu dans une fracture du bassin, un fragment osseux, perforer une de ces veines superficielles. Dans un cas de A. Pollosson, la rupture se fit au cours d'une promenade et les accidents aigus présentés par le malade rappelèrent d'assez près la rupture intra-péritonéale d'une grossesse tubaire. Enfin, le cas de Gautier, s'il lui manque le contrôle de la nécropsie, présente tous les symptômes de la grande hémorragie interne (pâleur extrême, re-

froidissement des extrémités, rapidité et faiblesse du pouls, etc). (1)

OBSERVATIONS

A. — Hémorragies intra-utérines

Boivin et Dugès (t. I, p. 368).

« Une jeune femme de Saint-Omer, blonde, fraîche, d'un très bel embonpoint, qui était venue deux fois à Paris pour se faire opérer d'un squirre de la mamelle droite, succomba à une métrorrhagie violente, occasionnée par le développement d'un *polype* considérable de la cavité de la matrice dont elle ne voulut point être opérée. »

---

(1) La question si intéressante des *hémorragies intra-péritonéales* au cours des fibromes ne comporte qu'un très petit nombre d'observations.

Perrier (th. Lyon 1904), dans un travail inspiré par A. Pollosson, les a réunies presque toutes. On y lira la relation de deux cas personnels de A. Pollosson. Dans l'un, la rupture d'une veine sous-séreuse avait entraîné un épanchement sanguin intra-péritonéal d'environ un litre de sang. Trois cas de Laroyenne et Soller n'ont pas eu de vérification obsolue. Le diagnostic de fibrome était fait; la ponction a montré une hématocèle : y avait-il *torsion*, comme dans un cas de Martin, *grossesse extra-utérine* comme dans un cas de Vanverts ? S'est-il agi de *rupture de fausses membranes péritonéales*, comme Laroyenne et Poncet l'ont admis. La question demeure pour nombre de cas, pleine d'obscurité; la fréquence et la pathogénie de ces accidents restent à établir.

N'y a t-il pas à rapprocher des faits précédents, les observations rarissimes que voici. Péan, trouve, en laparotomisant une femme porteur d'un énorme fibro-kyste, le péritoine rempli de caillots : les hémorragies s'étaient répétées, chacune d'elles entraînant une véritable crise douloureuse. Dans une autre observation un *sarcome* (?) développé sur une corne utérine et ulcéré aurait saigné en plein péritoine.

CRUVEILHIER (t. III, p. 683).

« La femme qui portait cette tumeur (fibrome mou), avait succombé à une hémorragie provoquée par des douleurs expultrices... J'ai trouvé la source de cette hémorragie dans de *larges ouvertures des sinus utérins* qui occupaient la partie inférieure de la tumeur. Cette malade était sujette depuis longtemps à des hémorragies toujours provoquées par des douleurs expultrices. »

CRUVEILHIER (t. III, p. 677).

« La rupture des couches de tissu utérin qui séparent le corps fibreux de la cavité utérine... peut faire naître... des hémorragies parfois foudroyantes, qu'il faut se hâter d'arrêter par le tamponnement. J'ai donné des soins à une femme de 50 ans, qui, depuis plusieurs années, éprouvait des hémorragies périodiques énormes dont la source était dans un corps fibreux de l'utérus... J'avais été assez heureux pour arrêter par le tamponnement plusieurs de ces hémorragies, qui avaient réduit la malade à la dernière extrémité. Prévenu trop tard une dernière fois, j'eus la douleur de la voir expirer au moment où j'arrivais auprès d'elle. »

HART et BARBOUR (p. 448).

« La figure 246 représente un cas dans lequel, à la suite de la rupture d'un sinus utérin de la portion inférieure de l'utérus, une hémorragie inopinée se produisit et emporta la malade. Ce fait est rapporté par DUNCAN (*Edimb. Med. J.*, 1867, p. 634). » (Il semble, d'après la gravure à laquelle il est fait allusion, que la rupture se soit faite à la partie inférieure de la tumeur, dans la cavité utérine.)

BARNES (p. 634).

« Le musée de Saint-Georges possède une pièce prise sur une dame qui, lorsqu'elle consulta pour la première fois

Mister Stone, avait une tumeur qui sortait de l'utérus et ressemblait beaucoup à un polype par la manière dont elle était descendue. Elle eut de vives douleurs et la tumeur descendit davantage, mais elle ne présenta jamais de pédicule. La malade mourut épuisée par la perte. »

Barnes (p. 666).

« Ramskin fut appelé auprès d'une jeune femme qui avait une hémorragie utérine. Elle était âgée de 26 ans. Depuis huit mois elle n'avait pas cessé de perdre du sang... La santé de la malade était ruinée. Quand Ramskin la vit, l'hémorragie avait repris. Il constata de violents efforts expulsifs. La malade mourut la même nuit dans des convulsions, évidemment par suite de l'hémorragie.

« *Autopsie :* fibrome du volume d'une petite noix ne se prolongeant pas jusqu'au col... à large base. Sa partie la plus saillante était en partie désagrégée. »

Demarquay (p. 222).

« Il est des circonstances où le sang ne vient pas de la cavité utérine. Laboulbène cite le cas d'une femme de 28 ans, nullipare, sujette à des hémorragies, très anémiée, et présentant une tumeur utérine avec trois parties distinctes à la palpation. Au bout d'un mois de séjour, cette malade mourut, épuisée par des pertes très abondantes... Elle avait présenté des vomissements, du muguet, de l'œdème aux membres inférieurs et, deux ou trois jours avant la mort, du délire continu... Dans les derniers jours, il se forma un peu d'ascite.

« *Autopsie:* La cavité utérine avait disparu, un des fibromes avait subi le ramollissement; pas de péritonite. Les *hémorragies* avaient dû se faire à la surface de la tumeur dans le *vagin.* »

Duncan (*Edimb. Med. Journ.*, 1867).

« Miss G..., très grosse et très anémique, m'avait consulté au printemps 1863. Je diagnostiquai facilement une tumeur fibreuse de l'utérus. Le bord supérieur de la tumeur atteignait presque l'ombilic, son diamètre ne devait pas avoir plus de trois pouces...

« Je reçus d'elle un message pressant où l'on me demandait d'aller la voir. En l'apercevant je compris qu'elle était mourante et elle mourut en effet peu d'heures après. Le symptôme le plus frappant était une teinte légèrement bleuâtre de la face, une respiration pénible et bruyante, mais non stertoreuse.

« Elle ne se plaignait pas et ne ressentait pas de douleur localisée. La peau, le pouls, les bruits du cœur étaient presque normaux ainsi que les bruits respiratoires.

« Pendant plusieurs jours elle n'avait pas eu d'hémorragie; les deux derniers jours elle avait eu seulement un petit écoulement visqueux et brunâtre.

« *Autopsie :* Le bord supérieur de l'utérus était au niveau de l'ombilic; une tumeur sphérique, dure, ayant plus de trois pouces de diamètre occupait le fond utérin. Des sinus veineux, qui auraient contenu une plume de corbeau, la pénétraient en tous sens. En bas, elle se projetait un peu dans la cavité utérine déformée et élargie... Dans les parties adjacentes à la tumeur se trouvaient des sinus énormes tels qu'on en observe dans la grossesse. La muqueuse était pâle, unie et saine, et, pour un observateur peu attentif, ne présentait qu'un petit caillot. En l'examinant, on voyait qu'il s'était produit à travers une petite ouverture ronde qu'il ne remplissait pas complètement. L'ouverture avait un demi-pouce de diamètre et ressemblait asssez à l'ouverture d'un sinus veineux produit par le décollement du placenta. Une sonde pouvait aisément la traverser pour aller dans les sinus veineux déjà mentionnés. Le caillot avait environ deux lignes de longueur et venait d'un sinus rompu et vide. »

A. Filliette (*Union médicale*, 1875. t. I, p. 587).

« Le 24 mars 1875, je suis appelé à voir Mme S... âgé de 49 ans... Depuis plus de trois ans cette dame, d'une constitution très robuste, est sujette à de continuelles et abondantes hémorragies et sa santé, qui était excellente, s'est graduellement altérée à un point tel que, depuis une quinzaine de jours, il lui a été impossible de sortir du lit en raison de son extrême faiblesse... Décoloration complète des tissus cutanés et muqueux. Apparence cireuse. Bouffissure de la face, des membres supérieurs, des téguments du thorax et de l'abdomen. Œdème passif du membre abdominal gauche. Œdème dur et douloureux du mollet droit avec dilatation du réseau superficiel (thrombose profonde). Tendances au refroidissement. Somnolence. Syncopes occasionnées par le moindre mouvement. Pouls plein et dur à 80. Anorexie complète. Soif médiocre. Pas de vomissements ni de diarrhée. Respiration un peu accélérée. Ventre souple et indolore. Ecoulement par le vagin d'un liquide rosé, sans odeur. »

Filliette excise un polype « dur, lisse, du volume d'une pomme, très nettement pédiculé ».

« L'état général ne fait que s'aggraver les jours suivants : les syncopes devinrent plus fréquentes et plus prolongées; une sensation très pénible d'étouffement arrachait des plaintes continuelles à la malade. »

La transfusion du sang est pratiquée, et la malade meurt soudainement pendant l'intervention.

L'auteur conclut à ses dangers dans tous les cas « d'anémie chronique ancienne ou plutôt d'hydrémie ».

Delore (inédite).

55 ans. Mariée. Pas d'enfant. Symptômes de fibrome depuis au moins une vingtaine d'années. Depuis très longtemps métrorrhagies de peu d'abondance : la malade avait

un excellent état général et menait une active existence mondaine quelques jours avant sa mort.

Est prise soudain, vers six heures du soir, d'une métrorrhagie extrêmement abondante, et meurt à quatre heures du matin, la même nuit. Il y eut probablement rupture d'un gros sinus?

B. — Hémorragies intra-péritonéales.

Péan (t. III., p. 279).

65 ans. Ménopause à 59 ans. Enorme fibrome kystique diagnostiqué il y a 15 ans... Depuis quelques mois crises abdominales très douloureuses provoquant des syncopes dont quelques-unes faillirent être mortelles... A l'*intervention*, le péritoine est rempli par huit litres de liquide et de nombreux caillots provenant de la rupture d'un énorme kyste sanguin du mésentère... Ce kyste s'est lui-même développé dans la face postérieure de l'utérus, a secondairement contracté des adhérences avec les feuillets du mésentère... Il s'était rompu dans le péritoine... A chaque crise douloureuse, des *hémorragies* se faisaient à la surface de la tumeur, s'épanchaient de là dans le péritoine en déterminant les défaillances, les lipothymies, les poussées de péritonite... La partie solide de la tumeur était gangrenée, verdâtre et remplie de bulles de gaz.

Marsupialisation. Mort.

Gautier (inédite).

45 ans. Fibrome datant d'une dizaine d'années, ayant progressivement atteint les dimensions d'une grossesse à terme. Ménorrhagies peu marquées, mais violentes douleurs menstruelles nécessitant le repos au lit pendant huit jours. Opération toujours différée par pusillanimité. En

décembre 1903, est prise de façon très soudaine, au moment des règles (?) de signes caractéristiques d'hémorragie interne : pâleur intense, pouls filiforme, très fréquent, intermittent; décoloration absolue des muqueuses et des téguments, refroidissement des extrémités, bourdonnement d'oreilles, vertiges, etc. La malade a des tendances syncopales : l'abdomen s'est tuméfié, est douloureux ; le fibrome est beaucoup moins délimitable au palper.

La température dépasse à peine 38°,2.

Pendant trois jours l'affaiblissement va croissant. Sérum, caféine repétés. La malade s'éteint lentement. Fochier, devant l'état général avait renoncé à toute intervention. Autopsie non faite.

A. Pollosson (Soc. Chir. Lyon, 2 juin 1904).

40 ans. Menstruation toujours régulière. Augmentation des règles depuis trois ou quatre ans. Santé excellente en apparence.

La malade étant dans la rue, est prise brusquement de violentes douleurs abdominales plus marquées à gauche; dans la nuit, les douleurs persistent ; quelques vomissements surviennent. L'abdomen est distendu.

Amélioration légère les jours suivants. On fait le diagnostic de fibrome utérin sans pouvoir préciser la nature de la complication (appendicite? grossesse tubaire? kyste tordu?).

Laparotomie : le péritoine est rempli de sang, soit dans les parties déclives, soit entre les anses intestinales ; on peut apprécier le sang épanché à un demi-litre ou un litre. Hystérectomie. Fibrome du poids de 1,600 grammes. A sa partie moyenne une grosse veine présente une déchirure très évidente, dans laquelle on constate un caillot qui fait saillie au dehors et se prolonge dans le calibre de la veine.

Guérison.

V

LA MORT PAR GANGRÈNE

Les premiers auteurs qui se sont occupés des fibromes connaissaient les phénomènes gangréneux ou inflammatoires dont ils peuvent être le siège : les premières observations ont naturellement porté sur les polypes, et c'est plus récemment seulement que l'on a signalé les mêmes altérations dans les tumeurs interstitielles ou sous-séreuses.

Levret (1749) sait que « ces tumeurs peuvent s'enflammer, s'ulcérer, se mortifier ».

Bird (1816), dans la *Revue médico-chirurgicale de Londres*, relate un cas de polype sphacélé ayant entraîné la mort de la malade.

Luroth (1827) étudie dans une thèse « *le ramollissement et la putrescence de l'utérus* ». Le travail de Duplay (1833) porte sur « *les ramollissements de l'utérus et principalement sur son ramollissement gangréneux* ».

Fourcade (1834), Viardin (1834) dans les *Bulletins de la Société Anatomique*, Ingleby (1847) dans *The Lancet*, Russell (1851), Ziemmssen (1859), Braxton Hicks (1865), Seyfert, Sœxinger (1868), Spiegelberg (1874), nombre d'autres cliniciens présentent soit l'histoire clinique, soit la description anatomique de fibromes gangrenés, avec le plus souvent terminaison fatale.

Enfin, plus récemment, les thèses de Milliot, de Balade (1875), de Merner (1883), de Katz (1884), de Lasnier (1898), celles de Bisch, de Guyotat (1900), de Guéry (1901), de M[lle] Matoussevitch (1903), une note remarquablement instructive d'Hartmann et Mignot dans les *Annales de Gynécologie* de 1896, ont apporté à la solution du problème, la contribution de données bactériologiques nouvelles, et surtout, grâce aux interventions chirurgicales, des observations prises sur le vif.

Pathogénie.

Nombre d'hypothèses ont tenté d'éclairer la question. Si l'on excepte les tumeurs pédiculées intra-utérines, à connexions vasculaires réduites, et chez lesquelles le traumatisme, *l'irritation*, disait-on autrefois, l'inoculation septique, disons-nous, sont faciles, l'interprétation des phénomènes de gangrène chez une tumeur interstitielle, en apparence protégée, demeure par bien des points obscure.

Cruveilhier *(Traité d'anatomie pathologique générale)*, n'y voit qu'un défaut de nutrition. « Ce sont des corps organisés parasitaires, sans aucune continuité de tissu avec l'utérus dont ils sont isolés par un tissu cellulaire lâche. L'inflammation et la gangrène naissent chez eux d'un *défaut de nutrition* ».

Broca, Potherat tentent de préciser le mécanisme ischémique : « L'utérus, dont les fibres ont subi l'hypertrophie comme dans la grossesse se contracte... pour se délivrer. Cette *contraction* peut arrêter la circula-

tion dans l'intérieur du polype. Il en résulte une ischémie parfois intermittente, parfois continue. Et alors, ou bien il y a eu en même temps de l'inflammation et on a rapidement du putrilage de presque toute la masse, ou bien il ne s'est pas fait d'inflammation et alors le polype est comme imbibé de sérosité.

« L'inflammation est d'origine extérieure, muqueuse; elle débute par la muqueuse de revêtement du fibrome ou par la muqueuse utérine pour s'étendre secondairement à celle-ci. Son intensité, son étendue règleront l'étendue de la gangrène de la tumeur. Quoique moins étendue que la gangrène par ischémie, elle est presque toujours bien plus grave que celle-ci au point de vue de l'infection propagée à l'organisme ; bien plus souvent, bien plus rapidement, elle provoque la septicémie, ce qui s'explique aisément puisqu'elle est d'origine septique, et qu'elle s'accompagne de thrombose et même de phlébite suppurée ».

Quénu a su mieux distinguer les deux temps du processus : « l'*ischémie* seule ne donne que la *nécrobiose* : le fibrome s'infiltre, mais ne se sphacèle pas. Le *sphacèle* ne résulte que de l'apport d'un élément infectieux sur un corps fibreux préalablement ischémié. « D'où la beaucoup plus grande fréquence des polypes sphacélés : *ischémie* et *infection* se réalisant bien mieux sur la tumeur pédiculées. La thrombose des vaisseaux à l'étroit dans un pédicule est chose facile. Quant à la muqueuse de revêtement du polype, elle n'oppose qu'une faible barrière ». Normal à l'origine, le revêtement épithélial se modifie, s'aplatit, et finit par se desquammer. Sur les coupes on ne trouve plus à la surface qu'une sorte

de vernis amorphe, de petites ulcérations ouvrant la porte aux germes pathogènes qui fourmillent dans le vagin.

A propos d'une malade de Terrier, opérée pour gangrène et suppuration d'un fibrome, Hartmann et Mignot ont cherché quel élément microbien il fallait incriminer, et si « suppuration et mortification ne seraient pas deux conséquences dépendant d'une même cause, l'inflammation gangréneuse de la capsule du fibrome ». Il s'agissait d'un utérus à tumeurs multiples: « Annexes et cavité utérine paraissent saines. Mais alors que certains fibromes sont fermes, blancs à la coupe, simplement entourés d'une atmosphère celluleuse qui a pris une teinte verdâtre analogue à celle du tissu cellulaire des cadavres en putréfaction..., d'autres présentent des lésions plus avancées et sont séparés du tissu utérin par une nappe de pus fluide et grumeleux. Un enfin, est complètement détruit et transformé en une cavité putrilagineuse. Partout, le tissu utérin séparant les fibromes paraît sain. Toutes ces parties exhalent à la coupe une odeur nauséabonde... »

Quel est l'*agent microbien* à incriminer? Reymond a trouvé du *coli* dans un fibrokyste suppuré, adhérent au rectum, il est vrai. Weaton (*Obstet. Transact. London* 1892) « décrit des amas de microcoques dans les espaces lymphatiques et dans le tissu même du néoplasme. Mais il n'y avait aucune infiltration embryonnaire, aucun phénomène inflammatoire et probablement, dit Weaton, si la malade avait survécu sans être opérée, on aurait eu de la dégénérescence adipeuse ou calcaire ».

« Nous croyons, déclarent Hartmann et Mignot, que les accidents sont dus à la présence d'un agent infectieux qui dans l'espèce était un *anaérobie*. Ce microbe existait seul, mais très abondant dans le pus de la capsule du fibrome... Nous l'avons retrouvé dans un kyste suppuré du vagin à contenu putride et dans une péritonite enkystée d'origine annexielle... L'infection se fait par les lymphatiques qui l'apportent de la muqueuse dans la capsule du fibrome... En même temps que l'infiltration envahit la capsule, les vaisseaux y sont thrombosés... Aussi le fibrome, en même temps qu'il est envahi par des cellules embryonnaires à la périphérie, se nécrose-t-il par son centre jusqu'au moment où il tombe en déliquescence pour se confondre avec la masse putrilagineuse d'odeur infecte dans laquelle il baigne. Sur notre pièce on assistait au niveau des divers fibromes aux stades successifs de cette transformation. »

Hartmann et Mignot résument dans les lignes ci-dessus, les données aujourd'hui classiques. Les conditions du problème sont simples : une tumeur mal nourrie, mal entourée, et l'invasion microbienne à point de départ varié : muqueuses rectale ou vaginale normalement septiques, ou collections suppurées péri-utérines.

On s'est demandé si le fibrome ne contenait pas en lui-même les *éléments d'une auto-infection*. Damas, dans une thèse inspirée par A. Pollosson, a repris les expériences déjà anciennes (1887), de Landouzy et Galippe, qui recueillent aseptiquement au galvano-cautère, des fragments de corps fibreux. Mis en culture

dans de la salive humaine sucrée et peptonisée, ils obtiennent des micrococques en amas, en chapelet et des bâtonnets. Entre les mains de DAMAS, cinq essais sont positifs, et chaque fois l'auteur obtient des *staphylocoques*, des *streptocoques*.

DAMAS formule ses conclusions suivantes : « Tous les cas connus de recherches bactériologiques sur les fibromes y ont décelé des microbes (staphylocoques, streptocoques, streptobacilles) : le streptocoque paraît constant. »

« Etant donnée l'existence de complications infectieuses dans l'évolution des fibromes à la suite de traitements opératoires ou dans le cas de grossesse compliquant des corps fibreux.... d'autre part, l'existence des microbes signalés, il est permis de voir un rapport entre ces deux ordres de faits. »

« Le fibrome doit être considéré comme *infecté* par les chirurgiens et le les accoucheurs. »

« Les microbes des fibromes paraissent être de simples parasites pouvant reprendre une virulence plus grande ; ils viennent sans doute pour une faible part de la circulation et pour la plus grande part de la cavité cervicale et du vagin. ».

Etiologie.

Il n'est pas possible d'envisager séparément le cas de tumeurs pédiculées sous-muqueuses, de polypes proprement dits, des fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux. La distinction n'est tranchée qu'entre les cas

extrêmes. Un polype à pédicule étroit, étranglé par le col, et entièrement dans le vagin, offre beaucoup plus de prise à l'infection, à l'ischémie qu'une tumeur bien encapsulée. De même un polype gangrené, par le fait même que tout se passe pour ainsi dire en dehors de l'utérus, sera beaucoup plus rarement le point de départ d'une péritonite mortelle que la tumeur sphacélée sous le péritoine lui-même. Mais le plus souvent c'est à une tumeur de *type intermédiaire* qu'on a affaire : volumineuse masse, ayant distendu la cavité utérine, soulevant une large étendue de muqueuse, et, bien que largement sessile, offrant à l'infection de vastes territoires de pénétration.

Une autre distinction plus apparente que réelle, c'est celle admise par certains auteurs, entre la *gangrène proprement dite* et la *suppuration*. On a décrit d'une part des fibromes gangrenés, d'autre part des fibromes suppurés (1).

Seuls les fibromes kystiques, à proprement parler, peuvent être des fibromes véritablement suppurés.

Comme dans le cas des kystes, leur contenu, de clair, devient louche, trouble, et le fibrokyste perd son contenu séreux pour prendre un contenu purulent. Mais dans les tumeurs solides proprement dites, et l'on sait que les fibrokystes ne sont pas de simples fibromes, gangrène et suppuration sont deux processus presque inséparables. Toute tumeur sphacélée s'infiltrera de pus

---

(1) « L'inflammation va quelquefois jusqu'à produire quelque collection de pus dans l'épaisseur de la tumeur ; elle peut aussi s'étendre à la matrice et devenir ainsi funeste. » (Boivin et Dugès, t. I, p. 353.)

à la longue : tout fibrome dans la coque ou au centre duquel on trouve du pus, présente des zones de sphacèle. Ce n'est guère qu'à propos des tumeurs enkystées qu'on peut avec quelque raison opposer le sphacèle à la suppuration ; dans certains cas, il semble y avoir plus de pus que de gangrène. Pour les polypes, les deux processus marchent toujours de pair. Il ne faudra donc pas attacher à la distinction entre fibromes gangrenés et fibromes suppurés, la valeur que semblent admettre les monographies les plus récentes sur la question : le travail de Bisch et celui de de Guéry.

Le *sphacèle*, terme plus général et qui correspond à la fois à la nécrose et à la suppuration, le sphacèle est beaucoup plus habituel dans les tumeurs franchement pédiculées que dans les tumeurs interstitielles ou péritonéales. Bisch n'a pu relever que 37 observations de tumeurs non pédiculées sphacélées.

Le *voisinage de la cavité utérine* ou mieux du vagin, est la cause la plus favorable à la production du sphacèle : les polypes sont de ce fait les tumeurs les plus exposées.

Le développement d'une *tumeur épithéliale* de voisinage (maligne ou bénigne) paraît jouer un rôle important dans la production du phénomène.

L'*âge* de la tumeur au moment où elle se sphacèle est très variable ; il n'excède généralement pas 5 à 6 ans. Cependant, dans un cas de Carter, la tumeur avait été diagnostiquée 40 ans auparavant, dans un cas d'Hartmann, 15 ans plus tôt.

La cause la plus importante, la seule peut-être dont on doive parler, c'est l'apport direct des germes infec-

tieux, par *toucher*, par *coït*, par *cathétérisme*, par *toucher intra-utérin*. Le toucher vaginal avait acquis de ce fait, autrefois, la réputation d'une opération des plus dangereuses. On lira plusieurs observations typiques à cet égard, et l'on verra à quelles hypothèses on en était réduit jadis pour expliquer le rôle néfaste d'une intervention en apparence aussi bénigne.

Nous savons aujourd'hui pourquoi : la tumeur, au total mal vivante, mal irriguée, où les échanges nutritifs, les fonctions leucocytaires sont réduites au minimum, est un terrain de culture idéal. Le doigt ou l'instrument septiques y réaliseront au mieux l'inoculation. Le coït lui-même est certainement à incriminer, et les observations sont rares de fibromes sphacélés chez une vierge.

C'est également parce qu'en maintenant largement ouvertes les voies génitales, elle en favorise la mise en culture, que la *grossesse* joue un grand rôle dans le sphacèle des corps fibreux. Sur 94 observations de Guéry, 28 fois la grossesse ou ses suites peuvent être à incriminer, 19 fois la suppuration s'est installée au moment même de l'accouchement, 9 fois c'est l'*avortement* qui a marqué la première phase des accidents. C'était le cas chez une malade récemment entrée dans le service d'A. Pollosson.

Enfin, la *dégénérescence œdémateuse*, l'*ischémie* (primitive par torsion d'un pédicule), favorisent également à un très haut point l'invasion et la prolifération microbiennes.

A l'occasion, on peut rencontrer une étiologie plus compliquée : chez trois malades vues par Kanegisser à

la clinique de OTT, une fois seulement l'avortement était à incriminer; des deux autres cas, l'un était consécutif à une *appendicite*, et OTT trouva l'appendice adhérent à la tumeur utérine, l'autre avait succédé à une suppuration annexielle primitive; un volumineux *pyosalpinx* était fixé à la surface péritonéale d'un fibrome à développement sous-séreux.

Telles sont les *causes prédisposantes*; les *causes réelles*, immédiates, définitives, sont les micro-organismes déjà signalés : staphylocoques, streptocoques, bacterium coli.

Symptômes.

« Chez certaines femmes atteintes depuis longtemps de fibromes, dit FREUND (*Centr. f. Gynæk.*, 1900), on voit parfois survenir différents symptômes, tels que catarrhe intestinal, céphalalgie frontale, nervosité, hypocondrie, vertiges, insomnies, abattement, palpitations. Le teint devient d'un jaune sale, abdominal; la langue se recouvre d'un enduit; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation; les urines sont riches en sédiments: pas de fièvre. A l'examen, on trouve de l'artério-sclérose; impulsion cardiaque faible. Dans un cas de ce genre, on trouva une grosse rate et un petit foie; le corps utérin était rempli de fibromes, sensible à la pression, sans signes de pelvipéritonite...; écoulement blanc abondant, métrorrhagies.

« A l'examen post-opératoire, les myomes présentaient à la coupe, dans leur centre, des foyers nécrotiques arrondis, de coloration d'un jaune variable, allant jus-

qu'au rouge, dégageant une odeur rappelant la propylamine.

« Après l'opération, disparition des symptômes décrits plus haut : il s'agit d'une auto-intoxication, différente de l'infection saproémique ou septique due à la suppuration ou décomposition du myome, et s'accompagnant de fièvre, péritonite, écoulement fétide, etc. »

Cette consciencieuse description paraît devoir s'appliquer, sinon à un type exceptionnel de gangrène réduite à sa plus simple expression, du moins à la période préalable plus ou moins longue qui peut précéder le sphacèle réalisé. Jadis, frappés par l'allure profondément dramatique de la mort par gangrène des malades porteurs de fibromes, les auteurs ne s'arrêtaient pas à un tableau aussi peu accentué ; les formes *a minima* sont mieux étudiées aujourd'hui. Mais le tableau clinique offert par le sphacèle des fibromes utérins, qu'il s'agisse de tumeurs sous-muqueuses ou interstitielles, est en général beaucoup plus accusé ; l'allure est autrement aiguë, autrement grave, puisque, sauf dans le cas de tumeur à évolution vaginale, où tout se passe, en quelque sorte, en dehors de l'utérus, la terminaison fatale a été la plus ordinaire.

A. — Lorqu'il s'agit de *polype accouché* dans le vagin *à pédicule* bien formé, les symptômes généraux peuvent être nuls et les modifications des sécrétions constituent le gros de la maladie. Quand le sphacèle, superficiel, érode en surface la muqueuse de revêtement du polype, les pertes blanches, si fréquentes avec ce genre de tumeur, se modifient ; plus colorées, elles

deviennent mal odorantes, *fétides*. Les phénomènes de destruction marchent, et alors on peut voir avec une accentuation dans l'abondance et la fétidité des écoulements, l'expulsion de la tumeur tout entière (éventualité relevée souvent dans la littérature médicale, à l'époque où seuls les polypes ressortissaient à la chirurgie de l'utérus), ou bien, et plus souvent sa désagrégation, et l'*élimination*, par paquets plus ou moins volumineux de cette filasse noirâtre, infiltrée, boueuse, et surtout horriblement fétide qui constitue la tumeur sphacélée. On lira, plus loin, une anecdote typique à cet égard. L'élimination persiste, traîne des jours ou des semaines ; bien souvent un médecin consulté, devant ces masses sphacélées, parle de cancer. Puis tout finit par rentrer dans l'ordre, quand le sphacèle a détruit toute la tumeur si l'insertion en est large, son pédicule seulement s'il est étranglé.

Au total, des accidents locaux, pas ou très peu de symptômes généraux ; une évolution assez régulièrement *bénigne*.

B. — S'agit-il de *tumeur sous-muqueuse*, largement sessile, ou de tumeur pédiculée logée tout entière dans l'utérus, ayant distendu le col en une façon de segment inférieur, ou, comme on l'observe si souvent, inséré sur le fond, avec étranglement en calebasse au niveau de l'orifice interne, l'allure clinique est très différente et le pronostic déjà *grave*.

Mêmes signes localement : mêmes *écoulements* sanieux, *fétides*, purulents; même odeur repoussante. Mais l'examen, le palper-toucher sont douloureux,

l'utérus est devenu *sensible*. Parfois, et c'est surtout dans les cas de sphacèle non puerpéral, l'état général s'accommode un temps plus ou moins long de la situation locale : il est des malades chez lesquelles on n'intervient que pour les symptômes locaux. Plus souvent, « la *température* s'élève, les malades perdent l'appétit, s'amaigrissent. On voit apparaître des signes d'infection locale, de septicémie putride. La tumeur peut *s'éliminer* fragments par fragments, et la guérison peut survenir. Ziemmssen (*Virchow's Archiv.* t. XVII, p. 340) a vu s'éliminer ainsi complètement une tumeur qui remontait à un pouce au-dessus de l'ombilic. Dans un cas de Baker-Brown (*Obs. Trans.*, t. I, p. 330), l'élimination mit deux ans à se faire, et la malade a fini par guérir. Mais dans bien des cas, surtout quand la tumeur a des connexions étendues avec l'utérus, on voit survenir des phénomènes de *pyohémie* ou d'*infection putride* qui emportent les malades. Gusserow, auquel on doit un intéressant mémoire sur la question, fait remarquer avec raison que le pronostic est infiniment plus grave quand la gangrène survient à la suite de manœuvres faites sur l'utérus que lorsqu'elle se développe spontanément ; sans doute, parce que dans ce dernier cas, la tumeur a déjà perdu ses connexions avec l'organisme. » (Delbet.)

C. — Les formes les plus intéressantes, parce que les plus graves, sont le sphacèle avec prédominance des signes de gangrène ou des signes de suppuration, *des tumeurs bien encapsulées*, des *fibromes à la fois sous-muqueux et sous-péritonéaux*, des fibromes qu'on rencontre *le plus souvent*.

A. Pollosson, dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, résumait en 1903, la période de début du sphacèle des fibromes, de la façon suivante :

a) Élévation de la température qui atteint 39° ou 40°.

b) Apparition de *douleurs aiguës* survenues brusquement, ressemblant à des douleurs d'accouchement survenant par crises, qui peuvent durer plusieurs heures, cesser, puis reparaître. Ces douleurs sont dues à l'augmentation de volume que le fibrome subit par le fait de la gangrène et aussi à des contractions expulsives.

c) Apparition de *pertes noirâtres* fétides, associées parfois à l'expulsion de petits débris sphacélés.

d) Augmentation brusque *du volume* des fibromes, dans les cas où l'on a pu constater leur volume primitif avant la gangrène.

A propos de cinq observations de malades chez lesquelles l'intervention avait été commandée par des phénomènes de sphacèle, Péan avait relevé un tableau clinique à peu près identique. « Les phénomènes généraux et locaux qui annoncent, dit-il, la suppuration et la gangrène partielle ou locale des fibromyomes ont une acuité et une gravité considérables. La fièvre devient continue avec exacerbation, le pouls varie de 100 à 140 ; la température oscille entre 38° et 40°, la face s'altère, la langue devient sèche, fuligineuse et si la tumeur n'est pas éliminée la mort par intoxication putride ou par péritonite septique en est la conséquence. »

Par une contradiction singulière il est des cas que rien ne révèle que l'autopsie ou l'intervention. « La

malade de Fenerly, morte d'un cancer de l'œil, avait un fibrome suppuré dont elle ne s'était pas aperçue; la malade de Carter, morte de bronchite avait depuis longtemps une tumeur abdominale prise d'abord pour un kyste de l'ovaire qui ne la gênait nullement et que l'autopsie a montré être un fibrome suppuré. »

Certains cas restent moins discrets; ce sont ceux chez lesquels la période de nécrobiose qui précède le sphacèle se traduit par des signes locaux. Vautrin attribue dans ces cas un caractère spécial aux écoulements vaginaux. « On observerait des écoulements légèrement sanguinolents, aqueux, sans odeur, ressemblant, tantôt à de l'hydrorrhée, tantôt à un suintement lochial intense ». Vautrin en attribue l'origine à un œdème du réseau veineux qui entoure la capsule du fibrome nécrobiosé.

Le sphacèle bien installé, les symptômes deviennent caractéristiques. La tumeur a *augmenté* de volume, elle est *douloureuse* spontanément, douloureuse à la pression; des irradiations s'étendent à l'abdomen, aux lombes, aux membres inférieurs, traduisant plutôt la réaction péritonéale de voisinage que les lésions mêmes de l'utérus. Quelquefois, au palper, la tumeur est devenue plus *molle*; on a pu isoler dans certains cas une région du fibrome où la pression du doigt faisait godet. Le toucher est douloureux. Enfin les écoulements vaginaux sont modifiés : les métrorrhagies perdent leur odeur fade pour devenir *nauséabondes*, elles sont remplacées par un écoulement de *pus*, d'abord séro-sanguinolent, puis franchement purulent.

Mais ce sont les troubles de *l'état général* qui domi-

nent la scène. « C'est généralement par l'apparition de *troubles digestifs*, ou par leur exagération lorsqu'ils existent que débutent les troubles de l'état général. Inappétence, ballonnement du ventre, pesanteur gastrique après les repas sont les premiers troubles qui inquiètent les malades; plus ou moins tôt apparaît la *fièvre*, on la trouve signalée dans toutes les observations. Tantôt irrégulière dans sa courbe, tantôt rémittente avec des ascensions vespérales, elle peut atteindre et dépasser 40°, mais, en général, elle reste entre 38° et 39°. Véritable fièvre hectique, elle contribue avec l'anorexie et les vomissements à délabrer un état général déjà altéré par les pertes sanguines. » (Biscu.)

Balade a longuement insisté sur une évolution clinique un peu spéciale de ces cas. Il semble avoir en vue une *cachexie* durable un peu spéciale ; les signes anémiques (pâleur, bouffissure, souffles vasculaires, albuminurie) prédominent, et la malade meurt d'épuisement plus ou moins lent.

Terminaison.

Le mode de terminaison habituel est un travail d'*élimination* de la tumeur sphacélée. Pus, débris sphacélés, quelquefois même tumeur toute entière, érodée, infiltrée, s'éliminent au travers du col dilaté dans le *vagin*. C'est la voie la plus favorable : il est rarement donné au médecin d'assister à l'expulsion de ces masses prises souvent pour un placenta retenu et putréfié. Pus et débris sphacélés s'éliminent pendant un temps plus ou moins long : des mois dans certaines observations.

L'élimination a pu se faire encore à la faveur d'adhérences péritonéales providentielles, par la *paroi abdominale*, dans les *organes abdominaux*, la *vessie*, le *rectum;* enfin, et c'est de beaucoup l'éventualité la plus grave, dans la *cavité péritonéale*. On se rend compte que la destruction et l'élimination de la tumeur, moyennement graves dans les premiers cas, offrent un pronostic à peu près fatal dans le dernier.

La *grossesse* apporte quelques modifications au tableau clinique précédent. Elle est, il ne faut pas l'oublier, la cause provocatrice *la plus habituelle* du sphacèle des fibromes. Quelquefois la tumeur, non infectée, détermine par sa simple présence l'*avortement :* l'avortement amène l'infection et le sphacèle se réalise. Dans nombre d'autres cas, l'*accouchement* a eu lieu, et le sphacèle apparaît comme une complication des suites de couches.

Pronostic.

Qu'il s'agisse de sphacèle post-partum ou non, la gangrène des tumeurs fibreuses de l'utérus reste une complication qui peut être *des plus graves*.

Bénigne dans le cas des tumeurs longuement pédiculées à évolution vaginale, elle est déjà grave dans les cas de fibromes sous-muqueux : elle est enfin à peu près fatale lorsque la tumeur est sous-péritonéale ou interstitielle. « Sur 16 cas chez lesquels on n'est pas intervenu, déclare Biscu, 2 seulement ont guéri, les 14 autres se sont terminés par la mort. »

Comment *la mort* se produit-elle? Les cas où la

suppuration incessante, l'évacuation de masses sphacélées entraîne une cachexie progressivement et lentement mortelle sont rares. Le plus souvent la mort a lieu par *péritonite*. BALADE, en 1875, déclarait « avoir cherché vainement des observations de péritonite consécutive à la gangrène des myomes utérins. Il est néanmoins étonnant qu'il n'en existe pas, car on a rapporté des observations de péritonite dans des fibromes non dégénérés ».

Pareille opinion est singulière, car les *Bulletins de la Société Anatomique* fourmillent d'observations de ce genre.

La péritonite est ici ce qu'elle est lorsqu'elle succède aux interventions septiques sur l'intestin. Cette péritonite réalise sa brusquerie de début, son *allure suraiguë* habituelle dans les cas où elle est consécutive à la perforation de la tumeur, à sa rupture en plein péritoine.

Elle se montre plus lente, plus traînante lorsque l'inoculation de la séreuse s'est faite indirectement; on a alors la *périmétrite*, la *péritonite chronique* chère aux anciens auteurs.

Enfin, dans certains cas, c'est la *pyohémie* avec abcès *métastatiques* dans le poumon, le foie plus particulièrement, qui vient terminer le drame. SCANZONI a bien étudié cette fin des fibromes sphacélés : « La sanie corrosive qui vient ainsi en contact avec les parois de la matrice, cause une inflammation parenchymateuse à la suite de laquelle on observe souvent dans les vaisseaux de cet organe l'état particulier que l'on désigne sous le nom de phlébite utérine, et enfin des accidents pyohé-

miques avec terminaison léthale... Lorsqu'il s'agit d'opérer ces malades on arrive quelquefois trop tard, et l'opérée succombe alors, non aux suites de l'opération, mais à son empoisonnement progressif. »

Les observations qui suivent se sont toutes terminées par la mort. Dans toute la période qui va de 1830 à 1880 c'est à peu près le sort réservé à toutes les malades porteurs de tumeur sphacélée : quelques-unes sont très démonstratives au point de vue de l'influence nocive du *toucher*.

Ces observations sont réparties en trois groupes.

A. — Ce sont d'abord des observations de *polypes* sphacélés accessibles au toucher, ayant entraîné la mort soit par cachexie progressive, résorption purulente, ou plus rarement pyohémie ou péritonite.

B. — Un deuxième groupe comprend un certain nombre de tumeurs *interstitielles* ou sous-séreuses, sphacélées, suppurées, ayant déterminé l'évolution fatale soit par septicémie, soit par péritonite, mais *sans rupture* dans le péritoine, *sans élimination* par le vagin.

C. — Enfin restent les cas de *rupture*, d'ouverture d'une coque de fibrome sphacélé *dans la grande séreuse*, et péritonite suraiguë consécutive.

Cette répartition n'a de signification que par à peu près : elle a seulement pour but une simplification. A vrai dire, ici comme ailleurs, des nuances séparent les cas voisins et, du polype vaginal sphacélé sans accident, à la péritonite foudroyante par rupture intra-péritonéale, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer.

OBSERVATIONS

A. — Polypes ou fibromes sous-muqueux ; sphacèle, septicémie.

DUPUYTREN (*Cliniques*, t. III, 1833).

48 ans; symptômes de fibrome depuis un an. « Depuis un mois environ l'écoulement sanguin s'est transformé en un écoulement sanieux d'une horrible fétidité; la malade a éprouvé fréquemment des douleurs dans les reins, des tiraillements aux aines et aux cuisses, un suintement douloureux, de la pesanteur au fondement. » Le toucher montre un volumineux *polype utérin* gangrené. On pratique la section de son pédicule aux ciseaux.

« Le lendemain, il ne s'était écoulé que quelques cuillerées de pus. Il n'y avait plus ni écoulement sanieux, ni fétidité; la malade n'avait point eu de frissons, ni de péritonite, ni d'inflammation des veines. Le quatrième jour, elle est prise de frissons et se plaint de fortes douleurs dans le bas-ventre vers l'ombilic, aux aines, dans le dos. Le cinquième jour, elle est dans un état de malaise indicible. La gorge est douloureuse, la fièvre forte, les frissons répétés, l'abattement général très prononcé. Cet état s'aggrave et elle meurt le septième jour. »

MOLINIER (*Bull. Soc. Anat.* 1865 p. 97).

38 ans. « Au moment de son entrée, elle présente les signes d'une hémorragie utérine avec douleurs expultrices. » On diagnostique un *polype*. Les jours suivants, la malade est prise de douleurs vives dans le ventre et de fièvre ; la face est congestionnée et hébétée; l'intelligence est obtuse. Constipation, nausées, pas de vomissements. Purgatifs, cataplasmes sur le ventre, glace dans la bouche. Mort.

Autopsie : Trois fibromes : un sous-séreux, l'autre interstitiel ; un troisième sous-muqueux volumineux.

Au cours de la discussion, Voisin déclare : « les tumeurs fibreuses, se gangrènent quelquefois dans l'utérus et donnent naissance à des accidents d'intoxication qui peuvent se prolonger pendant des années. »

Demarquay (*Gaz. des Hôp.*, 26 juillet 1870).

« 60 ans. Depuis cinq ans pesanteur au bas-ventre et douleurs lombaires. Métrorrhagies depuis dix-huit mois, augmentation de volume de la tumeur depuis cinq mois.

« Il y a trois mois, expulsion d'un fragment de tumeur. Depuis, teint pâle, jaunâtre, figure abattue, abdomen proéminent (volume d'une grossesse de 4 mois).

« Au toucher, col effacé, à travers lequel proémine une sorte de *polype fongueux*, *mollasse*. Abondantes métrorrhagies ; douleurs lombaires. Pertes rouges, grisâtres, sanieuses, extrêmement fétides.

« Les jours suivants prostration, anorexie, figure grippée, météorisme, abdomen douloureux à la pression, frissons répétés. Enfin, délire et mort par syncope,

« *Autopsie : Abcès métastatiques* dans les poumons, le foie.

« Utérus fibromateux, énorme. Sa cavité renferme une tumeur allongée, pédiculée, insérée sur le fond, à sommet un un peu déchiqueté faisant saillie à travers le col entrebaillé. Tumeur mollasse, pulpeuse, à coloration gris noirâtre. C'est un fibrome entièrement ramolli, en travail de régression très avancée, exhalant une odeur caractéristique de putréfaction.

« Dans le reste de la cavité utérine, une vingtaine de tumeurs plus petites, de taille et de consistance très diverses, depuis la fermeté presque fibro-cartilagineuse jusqu'au ramollissement pulpeux, gélatiniforme. »

D'après Demarquay, il s'agirait d'un léiomyome ayant subi d'une façon plus ou moins prononcée la régression graisseuse, puis l'infection.

PANAS (*Bull. Soc. Anat.* 1870, p. 381).

« 55 ans. Entrée pour des métrorrhagies, provenant d'une tumeur implantée dans la cavité utérine et qui formait une saillie globuleuse à la partie supérieure du *vagin*. La malade succombe huit jours après son entrée, à des accidents de *septicémie putride*, sans qu'on ait eu le temps de tenter aucune opération. »

Autopsie : On constate que la tumeur perçue dans le vagin est le fond de l'utérus *renversé*, et occupé par un myome.

Ce myome interstitiel, inséré au fond de l'organe, paraît avoir déterminé son renversement.

TERRILLON (*Bull. Soc. Anat.* 1872, p. 104).

« 62 ans. Depuis trois ans, il existe un écoulement vaginal puriforme, le toucher a fait constater l'oblitération presque complète de la partie supérieure du vagin où l'on ne trouvait plus à l'examen au spéculum qu'un très petit canal donnant issue à un liquide puriforme. La malade a été enlevée par des attaques convulsives dont la cause n'a pas eté trouvée ». Volumineux myome distendant le corps utérin ; *sphacèle superficiel*.

D'après GUÉNIOT, « l'écoulement puriforme aurait son siège plutôt dans la muqueuse utérine irritée, que dans l'altération de la tumeur ».

RICHET (*in* thèse BALADE).

49 ans; signes de fibrome depuis un an. « Depuis six mois, les accidents se sont aggravés. Elle perdait presque constamment du sang; elle laissait écouler un liquide ayant peu d'odeur. Depuis un mois les hémorragies se sont multipliées, et le liquide qui s'écoulait dans les intervalles est devenu fétide ». On hésite entre néoplasme et

gangrène, et, finalement Richet conclut à un « volumineux polype du fond, accouché dans le vagin et gangrené. »

Ablation par torsion: la température persiste, s'élève et, sans vomissements, sans hoquet, « la malade succombe après avoir présenté tous les signes de la *résorption putride* ».

A la suite de cette intervention, ou à la suite d'une opération analogue, Richet et Depaul durent « porter à leur bouche leurs aliments avec leur main gauche, tant était forte et pénible l'odeur qu'avait conservée le doigt dont on s'était servi pour le toucher ».

Hirigoyen (*Journ. de méd. de Bord.* 1884).

Primipare, morte de péritonite sept jours après son accouchement.

Autopsie : péritonite généralisée purulente. Abcès du ligament large.

Multiples tumeurs. L'une d'elles est sous-péritonéale, attachée à la face postérieure de l'utérus et détermine une forte rétroflexion. « La cavité utérine recourbée sur lui, présente une partie supérieure formant cloaque, où s'accumulaient les produits d'exfoliation muqueuse que les injections ne pouvaient atteindre. Un des corps fibreux avait subi un commencement de *sphacèle* dans les points en rapport avec la cavité utérine ; c'est ce fibrome sans doute qui a amené la lymphangite pelvienne et la péritonite. »

Rendu (*Lyon médical*, 1886).

« L'A. presente une tumeur pédiculée. pesant 500 gr. *sphacélée* sur une partie de sa surface et donnant lieu à des pertes rouges extrêmement abondantes et fétides... La malade, 55 ans, était épuisée surtout depuis un mois, par un état de septicémie des plus prononcé : fièvre continuelle, avec des frissons et une température moyenne 40°, inappétence, intolérance de l'estomac, et albuminurie. »

RICHELOT (*in* thèse de GUÉRY).

« 60 ans ; début par métrorrhagies 6 ou 7 ans après la ménopause.

« Depuis 6 semaines, fièvre, malaises, pertes très fétides, diarrhée... A son entrée dans le service, état cachectique, teint jaune, blafard, température 40°, état général grave. »

Hystérectomie vaginale malgré l'état général ; on trouve un fibrome sous muqueux ramolli et infecté. « Le lendemain, malgré des suites opératoires immédiates satisfaisantes, syncope et *mort* en quelques minutes. Pas d'hémorragies ; probablement syncope par myocardite, chez une femme très infectée. »

B. — Fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux sphacélès ou suppurés, sans évacuation du foyer dans le vagin ou le péritoine.

INGLEBY (*Edimb. med. Journ.* 1836).

« Grosse tumeur fibreuse du col et plusieurs autres dans les parois de l'utérus. *Forceps* impossible. Mère et enfant morts. Tumeurs utérines ramollies et suppurées au centre. (1) »

DUPUYTREN (*Cliniques*. t. IV, p. 292, 1839).

« L. B..., 42 ans, malade depuis plusieurs années, n'est plus réglée depuis 5 ans ; a d'anciennes flueurs blanches, et depuis, peu, de légères pertes en rouge à des époques assez rapprochées ; elle est maigre ; sa peau est d'une couleur jaune paille. Elle accuse une douleur constante à la région hypogastrique et vomit de temps en temps... on sent derrière

(1) Noter la fréquence de la *puerpéralité* dans les cas de mort par fibrome sphacélé ou suppuré, sans rupture dans le vagin ou le péritoine.

le pubis une tumeur dure et douloureuse..., le col est normal... L'état de la malade est grave. Son pouls est misérable, un peu fréquent; les extrémités sont froides, la face est pâle, la langue décolorée ; douleurs vives dans les lombes, la partie supérieure des cuisses ; crampes, sentiments de pesanteur sur le rectum : cours involontaire des urines; écoulement fétide par la vulve ; enfin mort quelques jours après son entrée.

« *Autopsie :* A l'incision de l'utérus, il s'est écoulé un liquide *purulent*, légèrement sanguinolent, grisâtre, opaque, très épais, et d'une odeur assez forte, sa quantité peut être estimée à six onces... ; la face interne de la poche était inégale, parcourue par des espèces de colonnes superficielles, recouvertes d'une couche de fausses membranes molles..., une masse charnue, mollasse y était contenue, qui nous a paru le siège d'un travail inflammatoire. »

LEVER (*Guy's Hosp. Rep.* 1842, 1re série. vol. VII).

Primipare ; *accouchée* au huitième mois avec un travail très douloureux. Le troisième jour surviennent des frissons; la région utérine devient très douloureuse surtout à la pression. Mort le septième jour. *Autopsie :* deux tumeurs fibreuses interstitielles restées ignorées, ramollies, dégénérées et *suppurées*.

R. LEE (*Clinical Midwifery London*, 1842, obs. 157).

« 30 ans. Prise au cinquième mois de sa *grossesse* de vomissements, de fièvre, de douleurs avec augmentation du volume de l'abdomen. L'utérus était porté à gauche et comprimé par une tumeur située à droite, dure, lobulée, douloureuse. Cette tumeur prit un accroissement rapide et devint de plus en plus douloureuse... Accouchement provoqué. La fièvre, les vomissements, la distension douloureuse reviennent et amènent la mort.

« *Autopsie :* Tumeur fibreuse, enflammée, *suppurée*, s'insérant par un large pédicule au côté droit de l'utérus. »

INGLEBY (*The Lancet*, 1844).

« Tumeurs fibreuses sous-péritonéales multiples. Avortement à 6 mois 1/2 ; *fœtus* mort et macéré. Mère morte de septicémie. Tumeurs utérines ramollies et *suppurées* au centre. »

BARNETCHE (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1844).

« 42 ans. Début des fibromes huit mois avant la nouvelle *grossesse* : tumeurs fibreuses interstitielles multiples. Présentation du siège. En travail depuis six jours. Procidence du cordon. Enfant mort. La mère meurt de métropéritonite.

« *Autopsie :* Tumeurs utérines ramollies, creusées de cavités remplies de matière diffluente et *purulente.* »

BERNUTZ (*Maladies des Femmes*, t. II, p. 425).

« 28 ans. *Accouchée* à 8 mois le 10 novembre 1847 ; le 10 décembre 1847, phénomènes de pelvipéritonite, pertes considérables, sang et sérosité sanieuse ; douleurs intenses dans la fosse iliaque droite...

« On perçoit dans l'abdomen une tumeur formée de deux parties distinctes à sommets tous deux arrondis : l'une plus considérable, généralement globuleuse, mais offrant à sa surface des bosselures, commence à la partie moyenne de la branche horizontale du pubis droit, remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, s'incline vers l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et remplit toute la fosse iliaque gauche ; l'autre, grosse comme une petite orange, est comprise entre l'épine iliaque droite et la tumeur précédente. Elle est le siège de douleurs très vives.

« Les phénomènes de péritonite s'amendent un peu du 7 au 12 janvier, puis reprennent le 18 et la malade meurt le 23.

« *Autopsie :* L'abdomen contient une grande quantité de sérosité jaunâtre, manifestement purulente ; l'épanchement

est plus considérable dans la fosse iliaque droite où il existe du pus épais, oléagineux, d'un jaune grisâtre, d'odeur aigre, nauséabonde, mais ne rappelant en rien l'odeur des matières fécales... L'utérus est anormalement développé dans sa partie gauche qui forme une tumeur irrégulière, bosselée, ayant au moins le volume d'une tête de fœtus à terme... Elle est constituée par la réunion de 7 corps fibreux..., les uns sous-muqueux..., les autres sous-péritonéaux. L'un d'eux éloigné d'à peine 3 centimètres de la face antérieure renferme une cavité du volume d'un œuf de pigeon, à parois tomenteuses remplies d'un liquide rougeâtre, *sanieux*... Annexes saines à gauche, sclérokystiques à droite ».

A. Moreau (*Bull. Soc. Anat.*, 1850, p. 365).

L'auteur présente une tumeur fibreuse extraite pendant la vie... A ce propos, Cruveilhier déclare que « ces corps fibreux s'enflamment quelquefois, s'entourent de *pus* et déterminent des accidents d'une cachexie lente, de cause souvent méconnue et à laquelle la malade finit par succomber».

Dance (*in* Jarjavay. Thèse de concours, 1850, p. 34).

« 42 ans. Apportée à l'Hôtel-Dieu, à l'agonie. Succombe à une métro-péritonite causée par un corps fibreux... La matrice a le volume d'une tête de fœtus...; elle renferme un *foyer purulent* d'où s'écoule un liquide sanieux blanchâtre, épais et répandant une odeur assez forte... Elle contenait une production charnue, déformée, irrégulière, séparée à sa surface en trois lobes inégaux, par autant de dépressions et présentant quatre pédicules étroits et courts... »

Spiegelberg (*Monat. f. Geb.*, 1866, p. 429).

« 40 ans; cinquième *grossesse*; tumeur utérine diagnostiquée depuis deux ans. Deux jours après un avortement de cinq mois, phénomènes infectieux : péritonisme, augmen-

tation de la tumeur, endocardite, arthrites suppurées ; mort au bout d'un mois.

« *Autopsie:* La tumeur est un fibromyome du fond, mollasse, rempli de cavités à contenu *séro-purulent* ; dans son ensemble, infiltré et œdémateux. Exsudat épais autour de l'utérus ; *pus dans les veines utérines* ; endocardite ulcéreuse ; épanchement pleurétique. »

EMPIS et VEYSSIÈRE (*Bull. Soc. Anat.*, 1873, p. 692).

« 35 ans. On diagnostique chez elle deux tumeurs fibreuses sous-péritonéales et une tumeur (kyste ou cancer) de l'ovaire. Elle est prise d'accidents de péritonite et d'une diarrhée persistante qui amène rapidement un amaigrissement extrême. » *Avortement* à quatre mois. « Les accidents péritonitiques se montrent avec une nouvelle intensité: vomissements porracés continuels, diarrhée persistante, la malade ne supportant, en fait d'aliments, que du bouillon glacé. » Muguet et mort un mois après le début des accidents péritonéaux.

Autopsie: Volumineux fibrome utérin occupant tout le côté droit de l'abdomen jusqu'aux fausses côtes ; multiples adhérences péritonéales, quelques-unes anciennes, la plupart récentes. Le fibrome est infiltré, œdématié, *purulent.*

WASHBURN (*Boston Médical*, 29 avril 1877).

« 50 ans. Aucune cause apparente d'infection. Multiples fibromes utérins ; l'un d'eux suppure. Du pus s'écoule par l'utérus. Opération radicale refusée; on fait un simple curettage. Plus tard, une deuxième masse *suppure* : toute intervention est refusée par la malade qui meurt quelques mois plus tard. »

DOLÉRIS (*Arch. Tocologie*, 1883, p. 134).

« Polype fibreux inséré au fond de l'utérus, pris pour une

mole hydatiforme. Hémorragies répétées. Tentatives d'extraction. Péritonite. Mort par septicémie.

« *Autopsie:* Pus dans tout l'abdomen. Utérus triplé de volume. Petits fibromes interstitiels putréfiés. Lymphatiques utérins et péri-utérins pleins de pus. Ganglions pelviens hypertrophiés : deux sont ramollis et un suppuré. Microcoques dans le sang. »

DUGUET et VARNIER (*Ann. Gynéc. et Obst.*, 1887, t. II, p. 18).

« 37 ans. Suspension des règles depuis trois mois. Depuis deux mois augmentation du volume de l'abdomen. Existence d'une tumeur abdominale qui, restée complètement latente, très rapidement s'est accrue au point de remplir actuellement l'hypogastre et de remonter à l'ombilic. Depuis trois jours, douleurs abdominales très vives, vomissements presque continuels, mictions très difficiles, pas de selles depuis cinq jours... On porte le diagnostic de tumeur fibreuse sous-péritonéale avec grossesse probable... Deux mois plus tard, au cinquième mois de la grossesse, douleurs très violentes : la tumeur se tend. Vomissements porracés, hoquet, tous les signes de la péritonite aiguë. *Avortement.* Mort.

« *Autopsie:* Tumeur utérine pédiculée, insérée au fond de l'utérus, reliée par des adhérences au foie, limitant dans la moitié droite de l'abdomen une loge que devait occuper l'utérus gravide. Cette loge, tapissée d'adhérences, est pleine de pus. La tumeur pèse près de 4 kilogs. Elle contient des géodes *purulentes.* (1) »

BRAUN VON FERNWALD (*Wien. med. Wochensch.*, 1894, IX, p. 360).

« 43 ans. 4 grossesses. Entre dans le service de BRAUN pour deux tumeurs du volume du poing, logées dans la fosse

(1) Voir au chapitre *Torsion.*

iliaque gauche. Signes de grossesse au troisième mois. On hésite entre le diagnostic de grossesse extra-utérine et celui de kyste de l'ovaire tordu. *Avortement* provoqué. La température s'élève, des signes de péritonite apparaissent. Braun pratique la laparotomie et trouve un myome suppuré et fixé par des adhérences. Mort 28 heures après.

« *Autopsie:* Fibrome suppuré de la partie antérieure de l'utérus. Adhérences utéro-intestinales. Myome *suppuré*, plein de pus, communiquant avec l'intestin par deux *fistules*. Pus dans *les veines* du ligament large. A la partie postérieure du col utérin, perforation fermée par une granulation grisâtre. »

E. Reymond (*Bull. Soc. Anat.*, 1894, p. 81).

« 48 ans. Depuis plusieurs années, douleurs abdominales vives, irrégularités des règles, augmentation de leur durée et de leur abondance.

« Il y a un mois, augmentation des douleurs, frissons, ténesme rectal. A son entrée, 39°, 120 au pouls. Langue sèche, diarrhée. Le palper montre une masse dure remontant à l'ombilic. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse immobile, douloureuse. Mort.

« *Autopsie:* Le petit bassin est rempli par une tumeur solide dépendant de l'utérus et creusée de nombreuses cavités. Elle adhère au rectum en arrière. En un point de la tumeur se trouve une masse graisseuse. La tumeur est creusée de géodes: quelques-unes contiennent du liquide analogue à du blanc d'œuf; le plus grand nombre, et en particulier celles qui, placées en arrière et en bas, adhèrent au rectum, contiennent un liquide *purulent* d'odeur infecte.

« Ce liquide contient du *bacterium coli*. Au niveau des points où la tumeur adhère à l'intestin, la structure de la muqueuse est très modifiée... La tumeur paraît avoir été un myome pur de la paroi postérieure, dans l'épaisseur duquel se sont creusées des cavités. La tumeur s'est enflammée et,

à un moment donné, le contenu des cavités a été infecté. La réaction péritonéale de voisinage se traduisait par l'existence de masses d'apparence adipeuse au voisinage de la tumeur. L'infection ne venait pas de la cavité utérine (les géodes voisines avaient un contenu clair), mais de l'intestin (existence de coli dans les cavités voisines du rectum). »

C. — Fibromes sous-péritonéaux; rupture du foyer de sphacèle dans le péritoine.

CRUVEILHIER (*Bull. Soc. Anat.*, 1834, p 47).

32 ans, 2 enfants; métrorrhagies depuis 18 mois; depuis 6 mois accroissement de volume très marqué et développement des seins. « Les hémorragies se sont converties en un écoulement leucorrhéique presque continuel. » Un mois avant la mort, diarrhée. « Huit jours avant la mort l'orifice utérin s'était ouvert et laissait sentir un corps mou, frangé, laissant écouler une matière fétide et des lambeaux d'un tissu sphacélé.

« *Autopsie :* on constate qu'il s'agit d'un polype volumineux atteint de *gangrène*, par suite de laquelle le tissu de l'utérus sphacélé lui-même est devenu le *siège d'une perforation du côté de la cavité péritonéale.* Au cours d'une injection d'eau salée, la malade se plaignit d'une douleur vive et toute nouvelle qui s'accompagna d'une tension considérable et d'une grande sensibilité jusqu'au moment de la mort qui eut lieu au bout de vingt-quatre heures. »

FERGUSSON (*Med. chirurg. Trans.*, 1835).

Multipare; polype fibreux inséré au-dessus du col utérin du volume des deux poings. *Accouchement* au forceps. Mort de la mère. Péritonite par *perforation utérine.* La tumeur polypeuse était *suppurée.*

Ashwel (*Guy's Hospital*, 1836).

« 34 ans, porte à droite de l'abdomen, depuis plusieurs mois, une tumeur qui avait grossi rapidement et qui était devenue en même temps très douloureuse à la pression. Elle a fait une *fausse couche* de deux fœtus ; on pratique la délivrance artificielle. La malade meurt quelques heures après.

« *Autopsie :* Péritonite généralisée surtout marquée au voisinage de la tumeur utérine. La tumeur utérine était ramollie, infiltrée de pus et *communiquait avec la grande cavité* par une sorte de *fissure.* »

Rotureau (*Bull. Soc. Anat.* 1842, p. 135).

« 32 ans, tumeur apparue il y a deux ans au cours d'une grossesse ; poussée de péritonite locale quatre mois après l'accouchement. Redevient enceinte : *fausse couche* à trois mois. La tumeur, jusque là stationnaire, grossit de nouveau. Ventre douloureux, tendu, vomissements bilieux. Ictère. « Pendant une période de trois semaines, la malade présente des vomissements bilieux, un état général grave ; elle a plusieurs garde-robes de matières alvines purulentes, avec flocons jaunes blanchâtres, fétides. Affaiblissement progressif. Mort.

« *Autopsie :* Volumineux fibrome pédiculé fixé au fond utérin. La paroi postérieure de la tumeur adhère à l'intestin grêle sur une étendue de 9 centimètres environ. Deux *ouverture de communication* existent entre l'intérieur du kyste et l'intestin. Une des communications, la plus large (1 centimètre et quart de diamètre), est située à 7 centimètres de la valvule iléo-cœcale ; la plus petite, ayant 9 millimètres de diamètre, est située plus haut, à 2 centimètres de la précédente. Ces perforations existent, en un point où un *gargouillement* manifeste se produisait quand on pressait un peu fortement sur la tumeur. Les parois de la tumeur ont une épaisseur de un centimètre environ ; cette tumeur kystique

contient une matière jaunâtre, infecte, de la consistance d'une bouillie molle. L'intérieur du kyste, détergé de cette bouillie à demi *gangréneuse* par un filet d'eau laisse voir des lambeaux demi-fibreux, demi-rougeâtres et friables : on peut en retirer plusieurs qui sont libres à l'intérieur de la tumeur. »

MAISONNEUVE (*Bull. Soc. Chir.*, 1851, p. 267).

« Cite une observation de tumeur volumineuse occupant la paroi postérieure de l'utérus. La couche celluleuse interposée entre la tumeur et les fibres utérines était infiltré de *pus* et une *ulcération* située au sommet de l'utérus faisait communiquer la couche purulente avec le tissu cellulaire sous- péritonéal et la cavité péritonéale.»

BOSCREDON (*in* thèse BERNAUDEAUX, Paris, 1857).

« L'A. présente une tumeur grosse comme une pomme implantée sur la lèvre antérieure du col et se confondant avec la face antérieure de l'utérus. L'examen pratiqué par M. ROBIN démontre sa nature fibreuse. Sur sa face antérieure un point déprimé, et à ce niveau quelques *orifices* communiquent avec le centre de la tumeur et donnent issue à du *pus* sanieux qui s'écoule librement dans la cavité péritonéale. »

HUGUIER (*Bull. Soc. Chirurg.*, 1857-1858, p. 92).

« 41 ans ; *fausse couche* de deux mois ; deux mois avant son entrée à l'hôpital GUÉRIN, avait constaté chez elle une tumeur du bas-ventre paraissant dépendre de l'utérus ; elle a le volume d'une tête de fœtus à terme et paraît située entre la vessie et la paroi. » La malade ayant des douleurs locales et de la fièvre, on interprète les signes dans le sens d'une collection purulente. Dix jours après l'entrée de la malade *la tumeur disparaît en même temps qu'éclate une péritonite*. La mort a lieu cinq jours après.

« *Autopsie :* péritonite généralisée. Une tumeur du volume d'une tête d'enfant de cinq ans et de forme ovalaire remplit tout le petit bassin. Cette tumeur développée aux dépens du corps utérin présente à sa partie supérieure une *perforation arrondie* qui s'est faite par usure et dont les bords sont diminués. Une matière grisâtre s'en échappe. La tumeur laisse échapper un pus épais avec une matière grisâtre : au milieu se trouvent plusieurs masses de nature évidemment fibreuse, de grosseurs différentes. Entre ces masses sont des loges qui contiennent du *pus*. Elles aboutissent toutes à la perforation utérine. Nulle part la tumeur n'entre en rapport avec la cavité utérine. »

Rokitansky (*Lehrb. der Pathol. Anat.*, 1861, t. III, p. 483).

« C'est une tumeur fibreuse pédiculée, du volume d'un œuf de poule, plongeant dans une poche remplie de pus adhérente au rectum et percée de trois *ouvertures* donnant dans la cavité péritonéale. »

Gosselin et Martin (*Bull. Soc. Anat.*, 1863, p. 183).

« 38 ans... Volumineuse tumeur de l'abdomen remontant jusqu'à l'ombilic... datant de quatre ans. Abondantes métrorrhagies arrêtées par un tamponnement au perchlorure de fer... Douleurs abdominales vives... œdème des membres inférieurs... dureté considérable du ventre... manque d'appétit et affaiblissement... On voit survenir des crises douloureuses de l'abdomen et un besoin continuel d'uriner, puis la malade rendit subitement une portion considérable de sa tumeur après des efforts considérables comme si elle allait accoucher. Cette tumeur dont l'odeur était repoussante, égalait en volume la tête d'un fœtus de six mois. A cette élimination partielle du produit morbide qu'il fallait attribuer à une sorte de gangrène succéda un grand affaissement chez la malade. Les membres inférieurs restèrent

œdématiés ; l'état général ne se relève pas ; de temps à autre elle expulsait des fragments de tumeur... Frissons, vomissements se succèdent... la malade meurt.

« *Autopsie :* La cavité abdominale est remplie et le péritoine recouvert dans la région ombilicale de fausses membranes dont la présence devait être rapportée à une de ces crises inflammatoires... Une incision médiane pratiquée de haut en bas sur le corps de l'utérus met à découvert une cavité notablement agrandie... On y constate une petite quantité de *pus* et sur la paroi antérieure une *ouverture* d'environ un centimètre de large conduisait dans une cavité irrégulière et anfractueuse, qui aurait pu contenir à peu près une noix et dont la paroi interne était comme la surface externe de l'utérus couverte de pus. Il nous semble que cette cavité ne contenant plus de tissu fibreux normal, devait être celle de laquelle avaient été expulsée les masses fibreuses rendues pendant la vie. »

Larcher (*Arch. génér. de Méd.*, 1867, t. II, p. 551).

Une malade reçue dans le service de Barth « se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, de nausées, de constipation. Quelques jours après son entrée à l'hôpital une perte sanguine assez abondante lui survint et parut devoir être rapportée à la coïncidence d'une époque menstruelle. La malade interrogée nous assura n'avoir jamais éprouvé de malaise du côté des organes génitaux... et se refusa à tout examen. Les douleurs de ventre augmentèrent ; le météorisme et la sensibilité de la paroi antérieure de l'abdomen permettaient à peine le contact de la main ; des vomissements bilieux avaient succédé aux nausées et la perte sanguine continuait quoique moins abondante... Le hoquet survint : soif incessante... vomissements porracés. Sept jours après son entrée, la malade meurt.

« *Autopsie :* On sent au fond du vagin une masse lisse, arrondie, limitée à gauche par un bord mince et résistan

qu'on déclare devoir être le col »... A l'ouverture de l'abdomen, flot de pus et adhérences intestinales généralisées. « Le col distendu renferme un corps noirâtre, mollasse sous le doigt, exhalant une odeur fétide, ressemblant à une mole ou à une vaste concrétion sanguine altérée. Cette masse se prolonge à travers l'orifice interne étroitement appliqué sur elle dans la cavité du corps où elle s'insère. Le polype sphacélé dégagé du col, on constate sur la paroi postérieure de ce dernier « une surface irrégulièrement ulcérée intéressant toute l'épaisseur du tissu utérin fort aminci au niveau de l'union du corps et du col. Au-dessous de cet orifice rectum et utérus sont fortement adhérents. Cette adhérenec limite, du reste, une sorte de poche formée à gauche de l'utérus par les organes du petit bassin agglutinés entre eux. Cette poche, remplie de *pus*, n'était pas fermée à sa partie supérieure au niveau de laquelle elle *communiquait largement avec la cavité péritonéale.* »

JAMES TYSON (*Phildelph. Med. Times*, 1874, p. 371).

« 36 ans; début en avril par douleurs dans le dos et fièvre. En juillet, nausées, douleurs dans le ventre, troubles menstruels. Au milieu de septembre, douleurs dans la région iliaque droite semblant suivre le trajet du gros intestin. Le lendemain, la douleur remonte dans le dos. Nausées, vomissements incoercibles. Diarrhée : un jour plus tard, le ventre se ballonne; agitation extrême; pouls à 120; prostration; collapsus; mort.

« *Autopsie :* Péritonite localisée tout autour... d'une masse charnue mesurant 6 centimètres sur 2; attachée par un court pédicule au côté droit du corps et de la corne utérine; sa partie postérieure était ramollie, *suppurée* et *perforée.* Cette tumeur était passée inaperçue; c'est elle, sans doute, qui donnait ces douleurs et c'est elle qui causa la péritonite mortelle. »

LANCEREAUX et BOUSSI (*Bull. Soc. Anat.*, 1877, p. 574.)

« 60 ans. Entrée dans le service de LANCEREAUX pour une rétention d'urine. Depuis quatre ou cinq mois a des pertes blanches abondantes, a perdu deux fois un peu de sang à huit jours d'intervalle... Il y a quatre ou cinq semaines, en faisant un effort pour se baisser, elle a éprouvé une douleur vive à la région lombaire ; pendant quinze jours elle n'a pu quitter le lit. L'impossibilité d'uriner, une constipation opiniâtre l'obligent d'entrer à l'hôpital. Elle y entre en pleine rétention ; le cathétérisme retire deux litres d'une urine claire, sans albumine, ni sucre. Pas d'appétit ; soif vive ; langue blanche... Les jours suivants les douleurs abdominales sont plus vives spontanément et à la pression. La malade est abattue ; elle a de la fièvre ; des vomissements bilieux apparaissent. Mort.

« *Autopsie :* Le péritoine renferme trois litres de pus. Vessie congestionnée... urétères et bassinets rouges et vivement injectés ; calices dilatés et pleins de mucus épais. Pelvi-péritonite ancienne encombrant le Douglas et noyant les trompes et les ovaires difficilement reconnaissables... L'utérus a le volume d'une tête d'enfant, sa face antérieure est couverte de membranes récentes... Un *orifice*, de la dimension d'une sonde cannelée, conduit dans une cavité remplie de liquide légèrement coloré, où surnage un myome calcifié gros comme un œuf de poule, autour duquel la paroi utérine est irrégulière, anfractueuse, infiltrée. »

LABAT (*Bull. Soc. Anat.*, 1880, p. 345.)

« 47 ans. Souffre du ventre depuis cinq ou six mois ; l'abdomen a grossi. Tumeur utérine remontant à 6 travers de doigt au-dessus du pubis ; pertes considérables. Le 9 novembre 1879 les douleurs redoublent et prennent un caractère expulsif : il sort une masse volumineuse, putréfiée, d'odeur fétide. Des fragments sphacélés sortent encore les jours

suivants. Le 14 novembre, frissons, fièvre, commencement de septicémie. Mort le 20 novembre.

« *Autopsie :* Péritonite. Pus dans le petit bassin; abcès au point où la trompe droite pénètre dans le tissu utérin; *abcès* creusé dans la paroi de la matrice et *ouvert dans le péritoine.* La trompe droite est pleine de pus; la gauche est normale. La cavité utérine (14 centim.) est remplie d'une masse putrilagineuse analogue aux débris expulsés, adhérente à toute la surface de la cavité. Toutes les parties éliminées avaient la structure des fibromes utérins. »

Duncan (*Medical Times and Gazette*, 1885, p. 38.)

Duncan cite un cas où, après la ménopause, une tumeur fibreuse s'est *putréfiée* dans sa coque : puis la coque s'est *rompue* dans le péritoine, d'où mort par péritonite suraiguë.

Martin (*Centralbl. f. Gynæk.*, 1886, p. 419.)

« 42 ans. Depuis six semaines, fièvre violente et tous les signes d'une péritonite grave. La malade est amenée à Berlin dans un état de collapsus profond et l'on tente une hystérectomie comme dernière chance de guérison. On trouve un utérus rempli par un fibrome *suppuré* qui avait *perforé* la paroi utérine et était adhérent au sacrum et à la région du promontoire. Dans l'abdomen, pus fétide et péritonite généralisée. Mort 3 jours après. »

Orthmann (*Centrabl. f. Gynæk.*, 1886, p. 735.)

« 42 ans. Dans ces derniers temps, douleurs dans le ventre, fièvre, vomissements. Douleurs à la miction et à la défécation. Utérus gros comme une tête de fœtus à terme, rétrofléchi et fixé. Canal cervical ouvert; on y voit une masse molle, nécrosée, purulente. *Laparotomie :* péritonite généralisée; pus épais et fétide dans le péritoine. Le fibrome, qui siège dans la cavité utérine, a *perforé* la paroi de la matrice. On enlève utérus et annexes : mort le quatrième jour. »

Isch-Wall (*Bull. Soc. Anat.*, 1889, p. 20.)

« 36 ans. En travail; *accouchement* à terme; présentation de l'épaule; fœtus mort et macéré. Embryotomie. La malade meurt six jours après l'accouchement avec tous les signes d'une péritonite.

« *Autopsie :* Péritonite purulente généralisée. L'utérus porte trois tumeurs pédiculées : l'une énorme, lisse, blanchâtre, de la dimension d'une tête d'enfant de 5 ans. Elle est fluctuante, offre plusieurs points grisâtres : l'un d'entre eux présente une *perforation* à bords réguliers, large comme une pièce de un franc. Un liquide *purulent* s'en écoule. L'utérus ne présente pas de lésions. La forme, la situation de la rupture excluaient toute idée de perforation traumatique. »

Nicholson et Evans (*British Med. Journ.*, 1895, p. 250.)

« 31 ans. Depuis 4 ans, après une dernière grossesse, eut une fistule vésico-vaginale et des signes de pelvi-péritonite. Il y a un mois, pendant une semaine, fortes douleurs abdominales, vomissements, puis tout se calma pendant quelques jours. Les phénomènes reparurent il y a trois jours et ne cessèrent pas jusqu'à son entrée à l'hôpital. A son entrée, 38°, pouls très rapide, langue saburrale, tympanisme, vomissements. L'utérus est fixé. On diagnostique une péritonite aiguë dépendant de quelque lésion pelvienne.

« *Laparotomie :* Anses intestinales distendues, congestionnées; les intervalles en sont séparés par des caillots noirâtres, d'odeur putride non fécale. En écartant les caillots on introduit la main gauche dans le petit bassin et on sent l'utérus avec une tumeur ramollie, attachée au côté gauche du fond... On pense d'abord à une grossesse tubaire, mais en regardant de plus près on voit qu'un fibrome intra-pariétal est la source de l'hémorragie... Mort deux heures après.

« *Autopsie :* Abdomen distendu; intestins agglutinés par

des fausses membranes. Un petit caillot dans la fosse iliaque gauche et un peu de sang liquide dans le petit bassin. L'examen de la pièce montre un fibrome intra-pariétal du volume d'une noix, nécrosé, *suppuré* et *rompu* dans le péritoine. »

J. Hosack Fraser (*Brit. Med. Journ.*, 1897.)

« 62 ans. Fausses couches à 42 et 52 ans. Ménopause à 60 ans. Premières manifestations de la tumeur diagnostiquée fibrome par Hosack Fraser à 52 ans. Augmentation progressive de la tumeur qui devient kystique au bout de 6 ans. La première ponction donna 9 litres de liquide sanguinolent... Depuis, 21 ponctions à intervalles de quelques mois à quelques semaines... La présence de pus dans le liquide a été constatée 12 ans après le début... L'année suivante le kyste commence à diminuer et il y a de moins en moins de liquide retiré à chaque ponction. La santé générale s'améliore et la malade engraisse, mais, brusquement, elle est emportée en quelques jours par la péritonite aiguë.

« *Autopsie :* La *perforation* de la paroi du kyste est constatée ; de très fortes adhérences unissaient le kyste à la paroi abdominale. Le kyste contenait un liquide brun rougeâtre. »

Lewers (*The Lancet*, 1900, p. 444.)

« 40 ans. La première métrorrhagie, remonte à deux ans ; un fibrome n'a été diagnostiqué que quelques mois auparavant. A son admission la malade présente un écoulement vaginal extrêmement fétide. Elle est très anémiée et son facies est des plus mauvais ; 39°5.

« L'utérus remonte à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. La partie supérieure du vagin est remplie par une grosse masse irrégulière et très friable. Le fibrome *gangrené* s'était fait un chemin *au travers de la paroi* postérieure du col dont on sent l'orifice externe en avant. La malade est

dans un état de septicémie très grave, que l'on peut comparer à celui d'une rétention placentaire infectée, avec cette différence qu'ici le foyer de putréfaction est non dans la cavité utérine, mais dans la paroi même de l'utérus. On se borne à extraire au doigt la masse gangrenée qui pesait deux livres. La malade continue à se cachectiser, à avoir de la fièvre, et meurt trois jours après. »

CHIARI (*in* thèse GUÉRY.)

« 52 ans. Neuf enfants. Depuis trois ans tumeur utérine. Des hémorrhagies surviennent, suivies de l'expulsion de masses putréfiées, avec écoulement très fétide, fièvre, péritonite, mort.

« *Autopsie :* Utérus distendu comme dans les jours qui suivent un accouchement. Surface interne gangrenée et réduite en bouillie d'un rouge brun. Dans plusieurs endroits existaient des enfoncements sinueux où la paroi utérine avait disparu presque tout *près du péritoine.*

« Quelques *veines* péri-utérines contenaient du *pus.* »

VOGEL (*Icones. Histol. Path.* p. 14.)

« 44 ans, domestique : grosse tumeur du volume des deux poings, naissant du fond de l'utérus, adhérente à l'épiploon et parsemée à sa surface de cavités irrégulières, remplies de sang et de *pus.* Une partie du contenu s'était répandu par *rupture* dans la cavité abdominale et avait déterminé une péritonite mortelle. »

VI

LA MORT PAR LÉSIONS ANNEXIELLES

Les lésions annexielles ont été souvent l'étape évidente, grossière, entre *l'inoculation septique* à point de départ vaginal, et la *péritonite* fatale, mode de terminaison habituel des malades qu'a tuées le fibrome.

Fréquence.

La *fréquence* de ces lésions est aujourd'hui bien connue. Fait singulier, on en parle peu, et bien que leur existence ne soit mise en doute ou considérée comme rare par aucun chirurgien, il est remarquable de constater que ce n'est pas la donnée qui le plus souvent décide le chirurgien ou la malade à l'intervention. Hémorrhagies, signes de compression vésicale ou rectale, accroissement rapide, sont des symptômes qui frappent davantage l'esprit, et le seul fait de constater dans un des culs-de-sac, un point exquisement douloureux, ce symptôme si caractéristique de lésions annexielles, comme Jayle et Bouilly l'ont bien montré, ce signe est bien rarement une indication formelle à opérer.

Il faut bien le reconnaître, les lésions annexielles ont

souvent une *allure torpide*, et, bien souvent, l'observation préalablement prise ne laisse pas soupçonner le volumineux pyosalpinx que l'intervention montrera. Le plus souvent les symptômes annexiels sont restés obscurs, trop facilement taxés de *réaction péritonéale :* à vrai dire, le plus habituellement sans doute, c'est par l'intermédiaire des trompes que le péritoine enflammé réagit ; l'expression précédente n'est inexacte qu'à moitié. Enfin, si les lésions annexielles ont tué quelques malades, leur nombre n'est pas très élevé, n'est plus très élevé, puisque les ressources de la chirurgie moderne ne laissent plus aux fibromes, ou aux salpingites le temps d'en arriver là.

Péan exagérait sans doute lorsqu'il déclarait, au Congrès de 1893 que sur ses 300 opérées, il avait trouvé chez 30 des kystes séreux ou hématiques des ovaires, *chez 70* les *trompes* ou les *ovaires* d'un côté ou des deux côtés *détruits par la suppuration*. Le mot *détruit* doit être vraisemblablement remplacé par le mot *atteint*, car de telles lésions supposeraient autant de péritonites très étendues sinon généralisées.

Laroyenne, aux dires de Damas, les considérait comme très fréquentes dans l'évolution des fibromes utérins, et regardait formellement l'éventualité de cette complication comme une indication à enlever la tumeur.

Lawson Tait était moins affirmatif : « J'ai retrouvé fréquemment, dit-il, cette association d'affection des annexes avec des myomes utérins et je suppose qu'il existe quelque relation de cause à effet entre les deux états pathologiques. »

Pathogénie.

Ce rapport est des plus simples : l'infection ascendante est un processus d'ordre très général, aujourd'hui bien connu. Sans parler de l'endométrite utérine, considérée récemment comme habituelle dans le cas de myome utérin, aujourd'hui contestée, les simples modifications de calibre, les coudures, l'aplatissement imprimés à la cavité utérine par l'existence d'une tumeur des parois, la gène apportée à l'évacuation des sécrétions, expliquent suffisamment la moindre résistance de la muqueuse tubaire. Qu'on y ajoute les touchers intempestifs, les cathétérismes ou les simples injections, et l'on aura largement les éléments d'une infection tubaire le plus souvent modérée, quelquefois très grave.

C'est cette notion de gravité qui découle du travail de Greco (*Archivio italiano de Ginecologia*, 1900), qui porte sur 121 cas de fibromes observés par Chiarleoni.

Daniel, dans un mémoire récent (1903), a réuni 205 observations de fibromes avec lésions annexielles : 69 de ces observations ont été recueillies dans le service de Pozzi, 25 fois sur 100, il a observé de la *salpingite catarrhale* (tuméfaction simple ; allongement hypertrophique ; salpingite nodulo-cystique).

Greco, se fondant sur des examens microscopiques, affirme la constance de cette lésion minima.

La *salpingite chronique parenchymateuse* existait 19 fois sur 100 : on trouve alors « les trompes très altérées ; parfois si compactes qu'on ne puisse en libérer les

annexes devenues friables et charnues ; des adhérences très fortes unissent en général les annexes au péritoine pelvien, et l'ovaire est souvent atteint de péri-ovarite ou de sclérose ».

Quant à la *salpingite purulente*, la forme qui nous intéresse le plus, celle qu'on retrouve dans tous les cas de lésions annexielles mortelles, elle est évidemment moins fréquente que les formes précédentes plus bénignes. Le petit nombre des observations qui suivent le démontre bien. Martin, n'aurait rencontré le pyosalpinx que 1,05 °/₀ ; Greco l'a vu 4,76 °/₀ ; Pozzi, l'aurait constaté 11,43 °/₀.

Le *pyosalpinx* peut être uni ou bilatéral. Il peut être formé de pus pur ou de pus mêlé de sang.

Parfois les adhérences et l'épaississement de la paroi du kyste lui-même donnent une dureté ligneuse à la tumeur kystique. « Souvent de vieux pyosalpinx *pseudo-néoplasiques* en ont imposé pour des lobes fibreux. »

Plus souvent le *pyosalpinx s'évacue* soit dans la cavité utérine par les *trompes* perméables (le cas est rare), ou bien il se résorbe, ou bien il *s'ouvre* dans une des cavités voisines, *rectum* le plus souvent. Quelquefois, enfin, il se rompt *dans le péritoine;* plusieurs exemples en sont rapportés plus loin.

On n'a fait que signaler plus haut les causes habituelles des inflammations annexielles secondaires aux fibromes. « On comprend facilement, dit Pozzi, parlant de l'endométrite des fibromes, qu'il puisse exister en pareil cas la propagation des processus morbides à la muqueuse des trompes et l'apparition d'une salpingite ». C'était l'opinion classique, hier.

En revanche, d'ANNA (*Policlinico*, Rome, 1896) conteste absolument l'origine endométritique des annexites secondaires aux fibromes. Les examens de WINTER, DŒDERLEIN, WERTHEIM, sont restés négatifs, et la muqueuse des utérus fibromateux ne leur a pas montré de microbes. SCHWARTZ et HEPP estiment que « la soi-disant métrite des utérus fibromateux n'est qu'une métrite aseptique, une *altération nutritive*, qui évolue parallèlement avec la prolifération du reste du parenchyme utérin. » Il s'agirait là d'une modalité de cette diathèse singulière, à laquelle DANIEL semble volontiers croire, la *fibromatose génitale*. « Elle serait due, dit-il, à un réflexe vaso-moteur provoqué par une excitation autre que la grossesse et produisant çà et là, au hasard, avec plus ou moins d'intensité et plus d'énergie, dans l'utérus, le développement de réseaux vasculaires d'attente qui existent à l'état de repos, en attendant la grossesse. »

Quoi qu'il faille penser de cette originale théorie, « qu'à côté des annexites inflammatoires, il y ait, au cours des fibromes utérins, des altérations annexielles propres à ces tumeurs, non inflammatoires (trompe hypertrophique, ovaire hypertrophique d'abord, atrophique ensuite) », l'action directe, mécanique, du fibrome sur les annexes est beaucoup plus vraisemblable. La *métrite* a été bien et dûment constatée, au cours des fibromes. WYDER (*Arch. f. Gynæk.*, 1887), l'admet dans presque tous les cas. RIZZUTI, CZEMPER, UTER la déclarent histologiquement réelle, alors qu'à l'inspection directe elle semble faire défaut. Du reste, en dehors de la métrite fibromateuse, créée et entretenue par la simple existence de la tumeur, on voit mal quelle immunité

s'attacherait à l'organe déjà malade, et pourquoi la blennorrhagie, le coït, les touchers malpropres lui deviendraient indifférents.

C'est encore à la théorie classique qu'il faut revenir. Au niveau de la trompe, comme au niveau de l'uretère, du cholédoque ou du canal lacrymal, la compression exercée par une tumeur amène une grave perturbation dans le drainage physiologique du conduit. Toute stagnation de liquides organiques appelle l'infection si elle n'existe pas, l'exalte si elle est déjà créée.

Symptômes et Évolution.

Les suppurations annexielles dans les fibromes sont heureusement, le plus souvent, une *surprise opératoire.* Des *poussées* douloureuses, fébriles, avec ballonnement abdominal modéré, vomissements, douleurs à l'hypogastre, le tableau de la pelvipéritonite, de la péritonite minima des péri-salpingites ordinaires; des poussées douloureuses qui se répètent à intervalles généralement assez longs, qu'on interprète cliniquement par l'hypothèse rassurante d'une *péritonite de voisinage*; tel est habituellement le tableau clinique provoqué par cette complication des fibromes. « Il est surprenant, dit Moulonguet, à propos d'une observation, de voir une pyosalpingite double évoluer insidieusement, à tel point que la malade affirme n'avoir ressenti ni douleur vive, ni phénomène grave à aucun moment, et qu'elle ait pu se livrer à des travaux pénibles jusqu'au dernier moment. »

Jayle et Bouilly déclarent « qu'on y doit penser

toutes les fois qu'une malade, le diagnostic de fibrome étant fait, se plaint de douleurs dans les culs-de-sac latéraux. »

Daniel et Boldt vont plus loin : « J'ai pu me convaincre, dit le premier, que les femmes atteintes de fibromes ne souffrent que si les annexes sont altérées. »

C'est, bien entendu, par *péritonite généralisée* que sont mortes les malades porteurs de fibromes, dont les observations sont rapportées plus loin. Il eût été intéressant de retrouver, dans leur passé clinique, le détail d'accidents pouvant faire penser à l'existence de lésions annexielles. Malheureusement, ces observations sont la plupart anciennes. Presque toutes sont plutôt le protocole d'une autopsie, que la relation clinique d'une affection bien observée. Nombre de ces malades ne sont venues à l'hôpital que pour y mourir, la rapidité des accidents péritonéaux l'explique assez. Et puis, il n'y a pas très longtemps que l'individualité des lésions annexielles est bien isolée ; moins longtemps peut-être encore que le mot inflammation correspond dans nos esprits à des phénomènes réels et vus. Richet se demandait encore, en 1865, à propos d'une malade chez laquelle, avec une métrite, on trouvait un ovaire purulent, « si l'on ne pourrait pas supposer qu'en vertu de la *sympathie* qui existe entre la trompe, l'ovaire et l'utérus, il y'a eu une ovarite consécutive à cette métrite ? »

Un premier groupe comprend les observations de malades chez lesquelles la péritonite consécutive à l'annexite paraît avoir été une péritonite par *propagation médiate* ; un deuxième groupement réunit les cas dans lesquels

il y a eu *rupture d'un pyosalpinx*, irruption soudaine et massive dans la grande cavité de produits infectants.

Cette distinction n'est bien entendu qu'apparente, et tous les intermédiaires existent, entre l'infection de voisinage progressive, par infiltration et pour ainsi dire l'inondation purulente, massive, brusque. (1)

Faire le tableau, des symptômes communs à cette façon de mourir d'un fibrome est chose impossible. Habituellement on a l'histoire d'un utérus fibromateux, peut-être avec accentuation des signes de métrite : abondance des métrorrhagies ; existence des pertes blanches ou troubles ; rarement le fibrome s'est gangrené ; presque toujours il y a eu à plusieurs reprises, des scènes péritonéales.

La péritonite post-annexielle, n'est généralement *pas d'allure très rapide*. Les accidents mortels évoluent en une ou plusieurs semaines. L'autopsie à la fois montre des adhérences très anciennes, presque récentes, toutes fraîches. Souvent l'affection terminale affecte une allure traînante ; les symptômes généraux dominent la scène ; ballonnement et douleurs abdominales passent souvent au second plan. C'est à ces cas que les anciens auteurs appliquent très régulièrement l'épithète de *péritonite chronique*.

On dirait plus volontiers aujourd'hui, péritonite à *extension progressive*, lente, secondairement généralisée.

---

(1) Tripier et Paviot, demeurent sceptiques vis-à-vis de ces faits de rupture d'une collection purulente en plein péritoine. Ils se demandent si la rupture constatée n'est pas le plus souvent faite par l'opérateur lui-même au cours de l'intervention, par le médecin au cours de l'autopsie. Ces sages réserves sont probablement applicables à quelques cas.

OBSERVATIONS

A. — Pyosalpinx. — Péritonite par propagation.

S. Blin (*Bull. Soc. Anat.* 1853. p. 52.)

« 38 ans. Tumeur datant de deux ans. Tumeur perceptible dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre. Violentes douleurs dans tout l'abdomen, qui est tendu ; fièvre continue ; faciès profondément altéré ; insomnie. Des applications réitérées de sangsues, des cataplasmes, des bains, des lavements, de l'opium diminuèrent les douleurs, sans faire diminuer la tumeur. La malade maigrit ; elle ne peut supporter les aliments ; elle a des vomissements presque continuels. La mort arrive.

« *Autopsie : Péritonite*. Le rectum, les parties postérieures de l'utérus et du vagin, les ligaments larges et leurs ailerons, l'ovaire, les *trompes* sont confondus au milieu d'une sorte de gangue formée par des produits inflammatoires et la dissection en est difficile. Grosse tumeur de la paroi antérieure de l'utérus. »

Richet (*Gaz. des Hopit.*, 14 janvier 1865.)

« Une malade..., 46 ans..., avait ressenti, il y a deux ans, des douleurs vives dans le ventre et les reins, en même temps que ses règles devenaient plus abondantes et que le sang écoulé à ces moments contenait des caillots. Six mois avant l'entrée, les douleurs avaient reparu plus vives, les règles plus abondantes. Puis de véritables métrorrhagies avaient suivi les règles... Dans le col de l'utérus aminci et dilaté, il existait une tumeur lisse, arrondie, d'un volume un peu supérieur à celui d'un œuf.. Le doigt pouvait limiter la tumeur en s'introduisant entre elle et le corps utérin,

mais on ne pouvait préciser exactement un point d'implantation... Après une violente hémorrhagie on a recours au tamponnement... Le lendemain, le ventre était douloureux à la pression, le pouls petit et filiforme et il y avait des vomissements muqueux... Sous l'influence de simples tractions à la pince, le pédicule se rompt. On extrait un corps fibreux pédiculé qui commençait à se ramollir à son centre. Pas d'écoulement de sang; le col revient sur lui-même. Trois jours après, la péritonite s'est déclarée et la malade succombe.

« *Autopsie : Péritonite* généralisée ; du pus et des fausses membranes unissent les anses intestinales ; le petit bassin est rempli de pus. L'*ovaire* gauche plus volumineux qu'à l'état normal, est transformé en une *poche* qui, incisée, laissait écouler du liquide purulent. Une membrane pyogénique assez ancienne tapissait les parois de cette cavité. L'extrémité correspondante de la trompe, très adhérente à l'ovaire, était dilatée, contenait du pus, et une petite masse de matière fibrineuse. Deux hypothèses se présentent à l'esprit : on peut supposer qu'en vertu de la sympathie qui existe entre l'ovaire, la trompe et l'utérus, il y a eu une ovarite consécutive à cette métrite. On peut mettre sur le compte du premier tamponnement l'inflammation de la trompe et consécutivement celle de l'ovaire. Quoi qu'il en soit, il n'en restera pas moins constaté que la présence d'un polype peut causer une suppuration des trompes et des ovaires, et la ressource extrême, le tamponnement auquel on est obligé d'avoir recours, est une complication assez sérieuse des polypes de l'utérus. »

Millard et Lorey (*Bull. Soc. Anat.*, 1874, p. 520.)

« 34 ans. Entrée dans le service de Millard pour des métrorrhagies remontant à six mois. Malade très faible, pâle, affaissée, figure amaigrie, traits tirés. Ventre ballonné, douloureux, surtout à sa partie inférieure. Le toucher montre

un utérus volumineux, dur... Tout en admettant l'existence probable de corps fibreux de l'utérus, on diagnostique une métrite chronique avec poussée aiguë de métro-péritonite.

« Les jours suivants, persistance d'un état péritonitique caractérisé par des vomissements porracés, un pouls tendu, rapide (100; 115; 140), un ventre douloureux, ballonné, avec anses visibles sous la paroi.

« *Autopsie :* la paroi abdominale est complètement adhérente aux anses intestinales avoisinantes et au grand épiploon. Les tentatives faites pour le décoller amènent la rupture d'un premier foyer péri-ombilical, puis d'une série de foyers isolés par des anses enflammées et agglutinées... Dans le petit bassin, ces foyers sont si nombreux que les ligaments larges et l'utérus sont absolument baignés de pus. Utérus volumineux (20 cent. de hauteur), recouvert d'une séreuse enflammée, épaissie, criblée d'abcès. Multiples fibromes interstitiels. Volumineux polype sous-muqueux accouché dans le col, non sphacélé. Les deux *trompes* sont remplies de *pus* et fort dilatées. »

« Il n'est pas rare, déclare Richet, de voir une exploration vaginale, même faite avec ménagement, devenir l'occasion d'une inflammation du péritoine parce qu'il existe une affection des trompes ou de l'ovaire jusque-là demeurée latente. C'est ce qui, je crois, doit avoir eu lieu dans ce cas, attendu que l'examen de la pièce montre les trompes remplies de pus. »

Richet et Heydenreich (*Bull. Soc. Anat.*, 1874, p. 769.)

« 49 ans. Entrée à l'hôpital pour métrorrhagies, elle n'a présenté que les symptômes d'une métrite avec mouvement fébrile. Le toucher vaginal et l'examen au spéculum font constater que le col de l'utérus est rouge et volumineux. Le col est cautérisé au fer rouge. Dix jours après, les règles reviennent normales : après leur cessation, la malade est prise de péritonite et succombe le lendemain.

« *Autopsie :* Nous trouvons les lésions d'une *péritonite* suppurée de la moitié inférieure de l'abdomen. Les *trompes* de Fallope sont remplies de *pus*, et celui-ci reflue par la pression dans la cavité utérine. A l'extrémité externe de la trompe droite siège un kyste rempli de pus et communiquant avec la trompe. L'ovaire droit présente tous les signes d'une fonte récente. L'utérus porte à l'angle supérieur et du côté droit un petit corps fibreux du volume d'une noisette faisant saillie à l'extérieur. L'hystéromètre n'avait pas été appliqué; on avait seulement pratiqué le toucher à plusieurs reprises et une fois l'examen au spéculum. Il y avait eu, en outre vingt jours avant le développement de la péritonite, une cautérisation du col au fer rouge. »

Lancereaux et Rémy (*Bulletin Soc. Anat.* 1875, p. 220.)

« 53 ans. Métrorrhagies depuis 5 ans, assez fréquentes. Le début des accidents actuels remonte à 8 jours. La malade a été arrêtée par des douleurs subites dans le ventre, sans vomissements, avec fièvre. Ces douleurs n'ont pas cessé depuis leur apparition ; deux jours après leur début survint du tympanisme. Etat actuel : la malade est affaissée. L'intelligence est nette. Teinte subictérique des conjonctives. Face couverte de sueur, extrémités des doigts bleuâtres. Langue légèrement refroidie et rouge. Parole affaiblie. Ballonnement du ventre un peu plus marqué à gauche qu'à droite. Tout l'abdomen est sonore. Œdème de la paroi abdominale. Vomissements fécaloïdes. Mort avec 39°. »

« *Autopsie :* Adhérences intestinales fibro-purulentes généralisées. Utérus dilaté, renfermant un polype du volume d'un œuf de pigeon, à large pédicule. Orifices des cornes utérines libres. A gauche, *l'ovaire* du volume d'un petit œuf de poule est plein de *pus ;* la trompe du même côté est accolée à la face postérieure de l'utérus et à l'ovaire qu'elle contourne ; elle est dilatée, mais sa muqueuse n'a pas suppuré ; elle est perméable dans toute son étendue. A droite, l'ovaire est

moins altéré ; il est rougeâtre et contient un caillot récent. La trompe contient du pus. Le péritoine qui tapisse ces organes est très épaissi. Le point de départ de la péritonite est évidemment les annexes de l'utérus. Nous avons pu nous assurer qu'il n'y avait pas perforation : la péritonite s'est développée *par propagation.* » (En réponse à la demande de Périer, s'il y avait rupture de l'abcès ovarique dans le péritoine.)

Demarquay et Rondot (*Bull. Soc. Anat.*, 1875, p. 273.)

« 48 ans. Entrée dans le service pour une rétention d'urine qui remonte à 4 jours. Il n'y a jamais eu de signes de métrite, pas de leucorrhée, pas de métrorrhagies. Le cathétérisme est difficile, douloureux, ramène une petite quantité d'urine. Du côté du ventre on sent une induration manifeste à quelques centimètres au dessus du pubis ainsi que dans la fosse iliaque droite. Œdème des membres inférieurs. Pas d'albuminurie. Quinze jours après son entrée, vomissements, ballonnement du ventre, forte fièvre, pouls à 140, douleurs vives des reins, face grippée, peu de réaction à la palpation abdominale. Augmentation du gonflement des jambes. Tendances à la syncope. Mort.

« *Autopsie :* Une grande quantité de *liquide purulent* s'échappe à l'ouverture de l'abdomen. Le péritoine épaissi semble doublé de fausses membranes sur la totalité de son feuillet pariétal. Deux tumeurs kystiques fortement distendues se reliant de chaque côté à l'utérus, occupent le petit bassin. Elles contiennent du pus, des dépôts adhérents muco-purulents. L'une est grosse comme une tête de fœtus à terme, l'autre un peu moins. Elles communiquent toutes les deux par leur partie supéro-externe avec l'abouchement de la portion cylindrique qui se continue avec les cornes de l'utérus. Nul doute qu'on ait affaire à la dilatation des deux *trompes.* Un corps fibreux du volume du poing est développé sur la face antérieure de l'utérus. Il exerce sur la vessie qu'il

écrase contre le pubis une telle pression qu'on éprouve de la difficulté à introduire la main dans la vessie aussi aplatie. D'autres fibromes existent également. L'origine des trompes a subi, par le fait du développement du fibrome principal, une striction telle qu'il a pu en résulter une rétrodilatation dans la portion libre de ces organes. »

Morris (*Brit. Med. Journ. London*, 1881.)

« 32 ans. Début par douleurs pelviennes il y a quelques jours. On pense à quelque chose de vésical. Rétention d'urine. Symptômes de péritonite un mois après. Mort.

« *Autopsie : Péritonite* récente avec adhérences semblant avoir commencé à gauche au niveau de l'ovaire qui contient du pus. Les deux *trompes* contiennent du pus. L'ovaire droit est sain. *L'ovaire gauche suppuré* en plusieurs points. L'utérus est attiré à gauche par un volumineux fibrome qui remplit le pelvis. La péritonite avait un point de départ annexiel à gauche, dans les annexes correspondantes. »

M'Swiney (*The Dublin Journal of Med. Science*, LVIII.)

« 50 ans. Depuis 5 semaines, douleurs dans le ventre ; la femme a eu une hémorragie abondante. Depuis 3 jours, douleurs plus fortes. Etat général très grave. Pouls filiforme. Mort.

« *Autopsie:* Péritonite généralisée intense. L'utérus présente une tumeur fibromateuse, ayant les dimensions d'une mandarine, à sa paroi antérieure. Trompe gauche atteinte d'hydrosalpinx et adhérant par sa partie externe à l'ovaire. L'autre trompe est atteinte d'hémorrhagie récente. »

Verneuil et Demars (*Bull. Soc. Anat.* 1886, p. 173.)

« 50 ans. Depuis dix huit mois, métrorrhagies, pollakiurie intermittente. Malade amaigrie ; douleurs lombaires : température oscillant entre 38°5 et 40° ; on sent une masse médiane

douloureuse dépendant de l'utérus; douleurs dans les deux fosses iliaques; les culs-de-sac sont douloureux; oligurie; albumine. La malade est prise de dyspnée; la face est cyanosée; pas de vomissements, pas d'urines, pas de selles. Mort avec refroidissement à 36° Dyspnée toxique et véritables accidents urémiques.

« *Autopsie:* Reins de néphrite interstitielle. *Péritonite* suppurée (600 grammes de pus), dans le petit bassin, ayant commencé certainement par l'orifice des *trompes;* les ovaires sont ramollis, jaunâtres. L'utérus présente les trois types de myomes: un pédiculé intrapéritonéal au niveau de son fond; quatre à cinq myomes interstitiels et un myome intra-utérin. » (Il faut souligner ici la coexistence de néphrite interstitielle et de péritonite suppurée.)

GRECO (*Le alterazioni degli annessi nei fibromiomi dell' utero*, 1899.)

« 38 ans. Abdomen distendu. Masse dure remontant jusqu'à l'ombilic. On ne peut pas sentir les annexes par le toucher: le cul-de sac de Douglas est distendu. *Laparotomie:* 5 litres de pus remplissent l'abdomen. Ablation du fibrome qui est recouvert d'exsudats et adhère à la paroi et à l'intestin. Fibrome multilobé: 1,500 grammes. A sa partie postérieure on trouve une masse fibromateuse fluctuante qui, à la coupe, est pleine de pus fétide et de détritus. A côté de cette masse il en existe une autre, aux divers stades de la transformation purulente. La cavité utérine présente une muqueuse rosée, sans traces de pus. La trompe droite 10 cent.) est atteinte de salpingite parenchymateuse. La *trompe gauche* (12 cent.) de la grosseur du petit doigt, atteinte de *salpingite purulente* présente un pavillon tuméfié avec nombreuses adhérences. Ovaire droit augmenté de volume, adhérences. *Ovaire* gauche infiltré de cellules lymphatiques avec de petits abcès et des cavités kystiques contenant *du pus:* il présente, en outre, trois véritables petits kystes à contenu purulent. »

B. — Pyosalpinx. — Péritonite par rupture.

Cloquet (*Bulletin clinique*, 1835, p. 15.)

« 35 ans. Règles régulières. Depuis un an une tumeur dans le ventre a été diagnostiquée. Un médecin fit le diagnostic de kyste péri-utérin. Il y a un mois, rupture de la poche dans le péritoine ; symptômes abdominaux graves ; mort au bout d'une trentaine de jours.

« *Autopsie :* Épanchement abdominal de sérosité trouble ; adhérences nombreuses. Le petit bassin est occupé par une vaste poche de pus occupant le ligament large gauche, communiquant avec l'intestin grêle et le péritoine. Les *annexes* du même côté sont *détruites*. La trompe droite est remplie de sérosité. L'utérus présente un corps fibreux pédiculé du volume du poing. »

Ulrich (*Verhandl d. Gesellschaft f. Geburt.* Berlin, 1860.)

« Polype fibreux de l'utérus, fibrome sous-péritonéal ; hydropisie des deux trompes : *perforation* dans le bas-ventre. »

Barnes (p. 666.)

« On trouve, dans le livre de Gooch, p. 145, le récit de quelques cas mortels (de polypes). Cockle rapporte (*Med. Times and Gazette*, 1863) le cas d'un gros polype fibreux pédiculé, fixé près du fond de l'utérus, qui distendait la matrice et le vagin, amenant de fréquentes hémorrhagies et des pertes fétides : la malade mourut avec des symptômes de *péritonite par perforation*. On trouve l'extrémité ovarique de la trompe droite distendue par un liquide dont une partie s'était échappé dans la cavité abdominale. »

CHAINTREUIL (*Bull. Soc. Anat.* 1867, p. 453.)

« 49 ans. Signes de fibrome depuis une dizaine d'années. Depuis huit mois, de nouvelles pertes parurent ; il s'ensuivit une anémie profonde avec troubles divers principalement du côté de l'estomac. Le toucher rectal permit de constater nettement la présence de corps fibreux dans le plan postérieur de l'utérus. Alors on se mit en devoir de pratiquer la dilatation par l'éponge préparé et la malade fut placée dans un bain, mais, à la sortie de ce bain elle fut prise d'accidents péritonéaux.

« *Autopsie : Abcès du ligament large* qui s'était *ouvert* dans *le péritoine* entre la trompe et l'ovaire. (Il y avait coexistence de tumeurs fibreuses et de polypes muqueux.) »

VERNEUIL et NEPVEU (*Bull. Soc. Anat.*, 1869, p. 140.)

« Femme entrée dans le service pour un polype utérin accouché dans le vagin et gros comme un poing. Dans le service elle est prise de phénomènes péritonéaux aigus, et alors que l'intervention s'était bornée au toucher vaginal, meurt de péritonite. »

« *Autopsie : Péritonite* généralisée ; petit bassin plein de pus ; pyosalpinx gauche. A gauche, la *trompe* est nettement dessinée, *remplie de pus* et soudée par son extrémité externe à un vaste kyste de la grosseur du poing. Ce kyste, au moment de l'autopsie, était flasque, revenu sur lui-même ; il laissait voir encore une assez grande quatité de pus. »

DESPRÉS et GRIPAT (*Bull. Soc. Anat.*, 1873, p. 171.)

« 47 ans. Début remonte à trois ans. Métrorrhagies abondantes. La malade perd trois semaines par mois ; dans l'intervalle des pertes, pas de douleurs. Ecoulement blanc, abondant et souvent fétide. Pas d'appétit ni de sommeil ; battements de cœur. Teint cachectique. Douleurs dans la

région ovarique, des deux côtés, où l'on applique des vésicatoires. Bronchite et état cachectique ; la malade meurt n'ayant pas été touchée depuis 15 jours.

« *Autopsie :* Le péritoine contient une grande quantité de *pus ;* les intestins sont agglutinés... Les trompes, des deux côtés, sont collées aux *ovaires*. Ceux-ci présentent tous les deux, dans leur partie centrale, une large cavité remplie de pus. Du côté gauche, le *foyer purulent* s'est *rompu* dans le cul-de-sac recto-vaginal en passant sous la trompe... Dans l'utérus, plusieurs tumeurs fibreuses pédiculées, insérées en battant de cloche sur le fond de la matrice... »

LABAT (*Bull. Soc. Anat.*, 1880, p. 345.)

« 47 ans. Souffre du ventre depuis cinq ou six mois. Tumeur utérine remontant à six travers de doigt au-dessus du pubis. Pertes considérables... Les douleurs redoublent, avec caractère expulsif : il sort une masse volumineuse, putréfiée, d'odeur fétide. Des fragments sphacélés sortent encore les jours suivants. Le 14 novembre (cinq jours après l'entrée), frissons, fièvre, signes de septicémie. Mort le 20 novembre.

« *Autopsie : Péritonite ;* pus dans le petit bassin ; abcès au point où la trompe droite pénètre dans le tissu utérin, creusé en partie dans la paroi de la matrice et ouvert dans le péritoine... La *trompe droite* est pleine de *pus*, la gauche est normale. La cavité utérine a 14 centimètres de long. Elle est remplie d'une masse putrilagineuse fétide analogue aux débris expulsés, adhérente à toute la surface de la cavité... Toutes les parties éliminées ont la structure des fibromes utérins. »

LEJARS et DELESTRE (*Bull. Soc. Anat.*, 1898, p. 218.)

« Les auteurs apportent les pièces provenant de l'autopsie d'une malade amenée à Beanjon par erreur dans le service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES pour une rétention placentaire.

Elle avait, sortant de l'utérus, une masse faisant saillie dans le vagin, donnant, au toucher, la sensation d'un placenta. L'extraction de cette masse ayant été tentée, on trouva une consistance et une adhérence qui firent de suite changer le diagnostic en celui de fibrome sphacélé. L'état de la malade étant trop mauvais pour tenter l'hystérectomie, M. Lejars acheva d'enlever cette masse par la voie vaginale. Elle succomba quelques heures après.

« *Autopsie :* On trouva une *trompe sphacélée* et pleine de pus, et des abcès miliaires du foie et des reins. »

A. Poncet et X. Delore (inédite).

Sacc..., Jenny, 41 ans. Amenée dans le service en état de péritonite généralisée. La température rectale est de 38°6, le pouls à 150 est filiforme avec quelques intermittences. Les traits sont grippés, les yeux sont cernés. Il existe une forte dyspnée : 40 respirations à la minute. Vomissements verdâtres continuels.

Abdomen excessivement douloureux partout, mais le point maximum est à la partie inférieure du côté gauche ; il est uniformément ballonné. La matité hépatique n'existe plus. Elle est dans cet état depuis 24 heures.

Depuis douze jours elle est au lit : elle souffrait du bas-ventre à gauche et elle perdait en blanc beaucoup plus que d'habitude. Elle ne vomissait pas mais avait déjà l'abdomen météorisé et n'allait à la selle que par lavements. Hier, étant toute seule, elle voulut se lever ; elle ressentit alors brusquement une *violente douleur* dans le bas-ventre et fut obligée de se recoucher de suite. C'est depuis qu'elle vomit tout ce qu'elle prend, que son ventre est douloureux partout et que son état général a baissé.

Comme passé génital, elle perd en rouge plus abondamment pendant ses époques et une fois ou deux entre celles-ci depuis deux ans environ. Elle s'était aperçue que son ventre avait augmenté de volume. Elle a des pertes blanches depuis quatre ans, époque où elle eut une fausse couche...

Intervention d'urgence (Delore). Laparotomie sous-ombilicale. Il s'écoule du séro pus en abondance. Les anses intestinales sont agglutinées, rouges, couvertes de fausses membranes purulentes. En haut, du côté du foie, il s'écoule du pus dès qu'on écarte à peine les anses intestinales. Le petit bassin est rempli de pus ; l'utérus est gros, blanchâtre et dur : une incision superficielle montre qu'il crie sous le bistouri. C'est un *fibrome*. On draîne le petit bassin par deux mèches : on place également une mèche remontant le plus haut possible sous le foie. On incise alors la collection du Douglas par la voie vaginale; on évacue du pus très épais et très lié; le doigt permet de sentir un *pyosalpinx gauche rompu*. Draînage du Douglas par deux mèches.

Sérum... Abcès de fixation les jours suivants : deux à la cuisse, un troisième à l'abdomen. Coïncidence d'une amélioration soudaine avec leur fluctuation. *Guérison* lente.

VII

LA MORT PAR PÉRITONITE

« D'après mon expérience, déclare MAC CLINTOCK, la cause la plus commune de mort, dans les fibromes, est l'inflammation péritonéale ou pelvienne. » BARNES à qui la citation précédente est empruntée, partageait absolument cet avis (1). C'était encore l'opinion de GALLARD : « C'est par la péritonite que la mort a lieu le plus fréqnemment lorsqu'elle est causée par des tumeurs fibreuses, car il est rare que les métrorrhagies soient assez abondantes et surtout assez persistantes pour produire par elles-mêmes une terminaison fatale (2). »

CRUVEILHIER prétendait en revanche n'en avoir jamais vu qu'un cas et considérait, de ce fait, cet accident comme très rare. Mais VOGEL a rapporté « l'histoire d'une servante qui atteinte, de corps fibreux de l'utérus, mourut de péritonite à 44 ans ».

ROKITANSKY, HOFMEIER, à la même époque, avaient vu cette complication des corps fibreux, et la considéraient comme exceptionnelle. GUYON n'en signalait que trois cas dans sa thèse d'agrégation.

Les interventions gynécologiques ont modifié cette manière de voir, et plus on a opéré, plus les constatations se sont faites nombreuses, mieux on a vu qu'au

(1) Page 646.
(2) Page 555.

cours de l'évolution des fibromes, la *réaction péritonéale* est *fréquente*. La *grande péritonite* survenant sans phénomènes graves préalables du côté de la tumeur, ou des annexes utérines, sans nécrose, sans sphacèle, sans pyosalpinx est *chose rare* : on le verra bien au petit nombre des observations rapportées ; mais la pelvipéritonite, la *réaction de voisinage* ou légère ou marquée, est extrêmement *fréquente* avec tout utérus un peu déformé.

« Sur 300 de nos malades, déclarait Péan en 1893, 15 avaient de la péritonite aiguë, récente, datant de 6 à 12 mois ; chez 80 autres elle était subaiguë et limitée au péritoine pelvien ; parfois elle s'était manifestée sous formes de poussées qui avaient mis la vie en danger à plusieurs reprises. L'une de nos opérées avait eu plus de 60 poussées survenues à intervalles variables.

« Chez la plupart des malades qui avaient eu des péritonites récentes, celles-ci étaient généralisées : chez les autres au contraire l'inflammation était limitée au péritoine pelvien ; plusieurs fois nous y trouvâmes même des gaz qui provenaient de portions d'utérus ou de fibromes sphacélés ou de perforations intestinales. »

Cette dernière éventualité n'est pas celle à laquelle ressortissent les observations qu'on va lire. Il ne s'agit ici que des *péritonites non consécutives à de grosses lésions* préalables de l'*utérus* ou de ses *annexes* : sont éliminées toutes celles qui reconnaissent pour cause, soit la rupture d'une trompe suppurée, soit l'ouverture dans la grande séreuse d'une coque suppurée de fibrome en état de sphacèle (1).

---

(1) Voir au chapitre précédent.

Pathogénie.

Quelles sont les tumeurs qui s'accompagnent le plus volontiers de phénomènes de péritonite?

Il faut d'abord faire une place un peu spéciale aux tumeurs *pédiculées sous-séreuses ;* celles-là, soit sous l'influence de phénomènes de torsion, soit en raison de leur mobilité, ou des troubles plus faciles de leur circulation, donnent volontiers lieu autour d'elles à des phénomènes de réaction inflammatoire ; mais il s'agit le plus souvent ici de péritonite aseptique, sèche, si l'on peut s'exprimer ainsi, et tout se borne à la formation d'adhérences, courtes ou longues, épaisses ou molles, destinées sans doute à former ultérieurement de ces brides fibreuses, nacrées, résistantes, causes elles-mêmes, parfois de nouvelles complications.

L'*âge* de la tumeur est indifférent. Dupuytren rapporte, après Bayle, l'histoire d'une femme chez qui un fibrome fut diagnostiqué à l'âge de 35 ans et qui, après avoir eu toujours une bonne santé, mourut de péritonite aiguë à 85 ans.

Le plus souvent, et ici comme en tout ce qui concerne la pathologie des fibromes, ce sont les tumeurs *les plus exposées* qui sont les plus dangereuses. Polype, accouché ou non, le plus habituellement fibrome largement sous-muqueux, à vaste surface d'accès ; drainage incomplet de la cavité utérine ; stase veineuse de la paroi utérine : peut-être facilité d'absorption plus grande des vaisseaux lymphatiques ; en somme, un bon milieu de culture où pourront pulluler les microorganismes venus du vagin ou introduits par le toucher, ou

surtout l'exploration, voilà les conditions initiales de l'infection péritonéale, mortelle ou non.

Mais pourquoi de certains fibromes donnent-ils plus volontiers des lésions de péritonite, alors que les *trompes*, voie de pénétration toute ouverte, sont *saines* (au moins en apparence), alors qu'il n'y a *pas sphacèle* et que la tumeur semble, à part de simples troubles congestifs, demeurer indifférente au milieu des lésions graves de la séreuse ?

Cela, nous n'en savons rien. MILLIOT cherchait ailleurs les raisons de ce point de détail du déterminisme pathologique. « Nous constatons fréquemment, dit-il, que les malades meurent de péritonite en l'absence de toute dégénérescence de la tumeur. Il est probable qu'alors la péritonite survient à la suite des tiraillements exercés par la tumeur, ou plutôt après la rupture des veines qui ont augmenté de volume. Un *petit épanchement de sang dans le péritoine* est alors fatalement mortel. »

Ce dernier mécanisme est réel : on a lu plus haut l'histoire d'une malade d'A. POLLOSSON, chez laquelle l'intervention a décelé un volumineux hématome péritonéal consécutif à la rupture d'une veine superficielle de l'utérus (1). Mais c'est là un phénomène remarquablement exceptionnel, et l'on peut dire que cette *cause d'appel* de l'infection vers la séreuse manque le plus souvent.

Comment l'infection passe-t-elle de la muqueuse à la séreuse en respectant ou à peu près l'utérus lui-même?

---

(1) Voir la thèse de PERRIER (Lyon, 1904).

Le processus nous demeure inconnu ; on peut cependant supposer que la migration microbienne ne s'effectue pas aussi silencieusement qu'il le semble d'abord ; les lésions du parenchyme utérin ou des trompes sont réduites au minimum, microscopiques, pourrait-on dire, mais c'est toujours après altération de la muqueuse d'abord, du parenchyme ensuite, que la séreuse est infectée : l'examen des *lymphatiques* le démontrerait vraisemblablement.

Evolution.

Comment se produit l'*évolution fatale?* De deux façons :

a) Ou bien c'est une *péritonite* à évolution *traînante* ou *rapide*, qui, localisée d'abord au petit bassin, se généralise ensuite ;

b) Ou bien aux lésions de péritonite s'ajoute un élément nouveau, la *phlébite utérine*, et sa conséquence, la *pyohémie*. Elle n'offre rien ici de bien spécial : température élevée, grandes oscillations, peau sèche, urines rares, frissons et mort. S'il n'y a pas eu de localisations suppurées cliniquement constatées, le diagnostic de pyohémie peut n'être qu'un diagnostic d'autopsie.

C'est ce double mode de terminaison fatale qui a fait répartir les obse vations suivantes en deux groupes. Le premier répond à la *péritonite simple*, le second aux *formes pyohémiques* (1).

(1) Voir au chapitre *Sphacèle* les observations de Spiegelberg, Braun von Fernwald, dans lesquelles un fibrome sphacélé a été le point de départ de phénomènes pyohémiques.

OBSERVATIONS

A. — Péritonite ; septicémie.

DUPUYTREN (Cliniques, t. III, p. 309.)

« 44 ans ; il y a 2 ans, avant d'avoir éprouvé aucune douleur ni aucune perte, elle s'œdématia les membres inférieurs. Cet état disparut par le repos et le séjour au lit. Six mois après, elle commença à avoir une perte tantôt rouge, tantôt blanche, qui a continué jusqu'à présent. Depuis deux mois seulement sont survenues des douleurs dans le bassin..... Lorsque la malade fut soumise à notre observation, le membre inférieur du côté gauche était fortement œdématié, douloureux à la pression ; le membre inférieur droit était sain. La malade n'éprouvait aucune espèce de douleurs... mais un sentiment de pesanteur dans tout le bassin. Elle avait une perte abondante, dont la couleur passait alternativement du rouge au blanc, sans odeur fétide... Dans l'hypogastre droit on sentait une tumeur du volume du poing... par le toucher on percevait une tumeur pédiculée plongeant dans le vagin... La malade avait une petite fièvre dénotée par la chaleur de la peau et la fréquence du pouls. Elle avait du reste l'altération de la peau particulière aux personnes atteintes de maladies organiques ou à celles qui ont supporté des pertes utérines abondantes. Malgré des fomentations émollientes et un régime adoucissant, l'engorgement de la cuisse ne diminua pas ; la fièvre redoubla et il y eut de la douleur dans le bas-ventre, de la difficulté en urinant et du dévoiement... Le ventre devint plus tendu et plus douloureux et la malade succomba six jours après son entrée.

Autopsie : Le petit bassin était rempli de matière *purulente* dans le milieu de laquelle nageaient des flocons albumineux très abondants ; une fausse membrane existait sur tous les or-

ganes renfermés dans le petit bassin... Un polype dans la cavité utérine... A droite de l'utérus tumeur dure, un peu bosselée, qui nous a paru être formée par un ou plusieurs corps fibreux. »

Bouillaud et Picaud (*Bull. Soc. Anat.*, 1847, p. 181.)

« 40 ans ; entrée dans le service de M. Bouillaud pour une tumeur abdominale et des douleurs lombaires. M. Capuron, présent à la visite, ayant alors pratiqué le toucher, trouva l'utérus descendu dans le petit bassin, et, à travers ses parois très amincies, crut même sentir à gauche la tête du fœtus. Le toucher fournit toujours les mêmes résultats ; les douleurs reparurent de temps en temps ; peu à peu les jambes s'infiltrèrent ; l'amaigrissement devint considérable, les forces se déprimèrent, la fièvre s'alluma, la malade se plaignit à nouveau de douleurs violentes dans la partie supérieure des cuisses. L'intelligence devint plus obtuse, les réponses plus lentes, et c'est à peine si, après avoir répété cinq ou six fois la même question, elle répondait incomplètement. Quinze jours après l'entrée, les selles diarrhéiques rendues fréquemment par la malade étaient extraordinairement fétides. Enfin la malade mourut.

Autopsie : Adhérences péritonéales dans tout le petit bassin ; vessie vide d'urine. Trompes et ovaires kystiques. Fibromes multiples de l'utérus. L'un d'eux a fait croire à l'existence d'une tête fœtale (1). »

Barth (*Bull. Soc. Anat.* 1849, p. 327.)

« Rapporte l'histoire d'une femme âgée dont le ventre très développé renfermait des tumeurs de densité et de forme très différentes. On sentait de la fluctuation sur quelques

---

(1) Y a-t-il eu association aux lésions péritonéales de désordres rénaux ? Les exemples en sont fréquents.

points et non sur d'autres. La malade fit une chute sur la tumeur qui devint douloureuse; des phénomènes fébriles se déclarèrent et la mort *(par péritonite)* arriva. »

LELONG (*Bull. Soc. Anat.* 1867, p. 123.)

« 49 ans. Depuis deux ans augmentation de volume de l'abdomen et métrorrhagies... Son teint couleur de cire témoigne assez de l'abondance et de la continuité de ses pertes... Elle est prise de diarrhée abondante ; les selles sont fréquentes et d'une fétidité extrême ; la langue est rouge ; le pouls presque normal. L'abdomen est partout indolent même à une pression très énergique : il se fait un écoulement hémorrhagique assez fétide... Les jours suivants, la diarrhée continue. La malade va s'affaiblissant... Enfin les selles s'arrêtent ; l'appétit revient ; la malade reprend des forces et semble à la veille de sa guérison, mais elle est reprise de nouveau d'un flux intestinal abondant et meurt sans agonie.

« *Autopsie : Péritonite* latente... fausses membranes récentes occupant tout l'abdomen et tout le petit bassin. Pus peu abon dant sauf dans l'abdomen où il existe une véritable collection purulente verdâtre... On trouve dans le petit bassin, outre les fausses membranes récentes, des brides fibreuses organisées, traces évidentes d'une pelvipéritonite ancienne. Utérus fibromateux volumineux. »

BAILLY, à ce propos, déclarait : « Dans le cas de péritonite torpide à rapprocher de celles qu'on voit après de certains accouchements, on peut voir avec un ventre plat, non douloureux, une diarrhée persistante. Dans le cas de péritonite lente, la diarrhée, et la diarrhée tenace est la règle. »

LELONG (*Bull. Soc. Anat.* 1868, p. 238.)

« 36 ans. Accouchement par le siège d'un mort-né ; travail long. Dès le lendemain, il se produisit quelques douleurs dans le ventre, puis, peu à peu les symptômes d'une péri-

tonite généralisée s'établirent, et la malade succomba 12 jours après l'accouchement, après avoir présenté à plusieurs reprises des signes d'amélioration, mais de peu de durée.

« *Autopsie : Pus* et *fausses membranes* dans la cavité péritonéale ; adhérences déjà anciennes. Il y avait eu antérieurement à l'accouchement plusieurs pelvipéritonites subaiguës ; les adhérences péritonéales semblent le prouver, et que l'accouchement ait été l'occasion d'une recrudescence aiguë de péritonite. »

RICHET et OLIVIER (*Bull. Soc. Anat.*, 1869, p. 293.)

« Montrent un polype utérin trouvé à l'autopsie d'une femme morte dans le service du docteur RICHET. L'insertion de ce polype se trouve sur la partie inférieure du col utérin, distendu dans tous les sens. La malade mourut avec des accidents de *péritonite* sans avoir été opérée. »

BOURDON (*Bull. Soc. Anat.*, 1871, p. 332.)

41 ans. Porteur d'une tumeur volumineuse de l'abdomen, ayant provoqué d'abondantes métrorrhagies, des troubles de la miction et des poussées douloureuses péritonéales antérieures. « Le rectum est comprimé : on n'obtient de selles qu'à l'aide de lavements quotidiens. La malade ressent dans l'abdomen des douleurs très aiguës, exaspérées par le moindre mouvement. » La péritonite partielle qui semblait exister dans le flanc gauche fut combattue à l'aide d'onguent napolitain belladoné et des cataplasmes... Les accidents se précipitèrent... La dyspnée augmenta de jour en jour, puis les membres inférieurs et la vulve devinrent le siège d'un œdème qui ne fit que s'accroître jusqu'à la fin. La malade, à la suite d'une de ces crises, accouche d'un fœtus de 4 mois et meurt le soir.

« *Autopsie : Péritonite* peu intense. Très petite quantité de liquide séro-purulent. Quelques anses de l'intestin grêle

étaient dépolies, rouges, et recouvertes de minces exsudats fibrineux. La tumeur était un volumineux fibrome sous-péritonéal pédiculé. » (Il y avait de plus de multiples kystes sous-péritonéaux, que l'auteur rattache au canal de Wolff.)

Verneuil (*Bull. Soc. Anat.*, 1872, p. 190.)

« M. Verneuil fait voir un polype de l'utérus recueilli chez une femme morte de péritonite à l'âge de 49 ans. Examinée avec le speculum américain le 22 avril, soumise au toucher par le doigt par le présentateur seul, elle était prise de *péritonite* dès le lendemain 23, et succombait le 24. A *l'autopsie*, il a été trouvé un litre de pus au moins dans le petit bassin.

« Ce fait inspire au savant présentateur les remarques suivantes, corroborées par des faits semblables ou analogues :

« Une malade insiste pour qu'on la débarrasse d'un polype. L'opération est remise après toucher vaginal et la malade succombe à une péritonite généralisée. Une deuxième malade portant un polype ulcéré et touchée une seule fois, examinée le lendemain au speculum américain, succombe trois jours après à une péritonite généralisée. Le bassin contenait un litre de pus environ. Dans les deux cas suivis de mort, les polypes étaient ulcérés.

« Ces accidents peuvent s'expliquer par une érosion faite dans le toucher, si réservé qu'il soit, et l'absorption des produits septiques des surfaces ulcérées. »

A la suite de ces faits, Verneuil rapporte divers cas de mort consécutive à l'écrasement linéaire de polypes plongeant dans le vagin. Houel et Broca auraient vu des accidents après cautérisation au nitrate d'argent de polypes ulcérés. Houel se demandant quel mécanisme a pu provoquer la mort, Verneuil invoque « une congestion ovarique, une ovarite même qui est le point de départ des accidents de péritonite », ou « la détermination dans la *trompe* de petits épanchements qui peuvent la faire *éclater* et donner naissance à une péritonite », soit enfin « le réveil d'une inflammation

ancienne, ovarite ou pelvipéritonite, sous l'influence d'une irritation plus ou moins éloignée. »

EMPIS et RENAUT (*Bull. Soc. Anat.*, 1873, p. 20.)

« M. Renaut montre à la Société un énorme corps fibreux appartenant à une femme morte à la Charité d'un *abcès* de la fosse iliaque. Dans ce cas, l'évolution du corps fibreux a été très rapide. »

JARJAVAY et MOLINIER (*Bull. Soc. Anat.*, IIme série; t. X, p 97.)

« Hémorrhagies utérines avec douleurs expultrices. J. diagnostique un polype. Deux ou trois jours après, douleurs expultrices très vives; le ventre est sensible à la pression; les douleurs se calment; on ne voit plus de polype sortir du museau de tanche. La malade meurt de *péritonite*.

« *Autopsie* : Deux tumeurs fibreuses, l'une interstitielle, l'autre sous-péritonéale. Polype muqueux, mou, vasculaire, long de cinq centimètres et attaché à la paroi utérine par un tissu fibreux, dur et résistant. »

MILLARD et COUSTOU (*Bull. Soc. Anat.*, 1875, p. 496.)

« 43 ans. Début cinq ans plus tôt. Morte de *péritonite*. Présentait une anomalie de l'urèthre qui s'ouvrait au-dessus du clitoris. Avait présenté des crises de rétention vésicale. (Pas de détails sur l'évolution clinique et sur l'autopsie.) »

A. PONCET (*Gaz. Médic. de Paris*, 16 mars 1878.)

« 38 ans. Entrée le 10 février 1876 dans le service du professeur DESGRANGES, à l'Hôtel-Dieu de Lyon... Le début de la tumeur remonte à quatre ans; la malade s'aperçut à cette époque que son ventre grossissait... Depuis lors, quelques rares coliques, menstruation irrégulière... Le ventre est

volumineux, ovoïde... Le toucher montre la lèvre postérieure du col considérablement augmentee de volume, formant une tumeur mollasse, faussement fluctuante, refoulée et comme étalée par le myome développé aux dépens de la face postérieure et du bas-fond de l'utérus... Le toucher est pratiqué à 9 heures du matin par Messieurs DESGRANGES et PONCET. La nuit suivante, vers 11 heures du soir, la malade fut prise de frissons violents, puis de fortes coliques, de vomissements. Le lendemain... facies grippé... anxieux; agitation extrême. L'ensemble des symptômes rappelle certaines formes de gangrène foudroyante ; pouls à 120; ventre ballonné, très douloureux à la plus légère pression; vomissements continuels.

« *Autopsie :* Il existe dans le petit bassin une assez notable quantité de liquide séro-sanguinolent de coloration brun foncé : la quantité de liquide est d'un demi-litre environ. Pas de péritonite, mais séreuse dépolie, moins brillante qu'à l'état normal. Annexes saines. La tumeur développée aux dépens de la paroi postérieure pèse 12 kilogs. »

VARNIER (*Bull. Soc. Anat.* 1886, p. 391.)

« L'A. présente un fibromyome utérin gros comme la tête d'un adulte et qui provient de l'autopsie d'une femme de 38 ans. Elle avait eu précédemment deux avortements. Elle entra, il y a trois mois, dans le service de M. DUGUET pour une petite poussée de péritonite et l'on fit le diagnostic de fibrome avec grossesse probable. En effet, cette femme avorta le 11 mai et mourut d'une *péritonite* purulente qui survint sans frissons et ne provoqua que fort peu de fièvre. On trouva la tumeur enclavée dans le petit bassin où elle était retenue par des adhérences s'opposant par là au développement de l'utérus. »

H. BERNARD (*Bull. Soc. Anat.*, 1899, p. 198.)

« 67 ans Entre à l'hôpital avec le diagnostic de cancer

utérin : le toucher, qui faisait percevoir les végétations vaginales ; le palper, qui montrait un gros utérus débordant d'un travers de doigt la symphyse pubienne, l'état cachectique de la malade paraissaient confirmer le diagnostic. Quelques jours après son entrée, la malade fait brusquement par le vagin, sans aucun prodrome, une débâcle purulente constituée par un demi-litre environ d'un pus extrêmement fétide. Une heure après cette débâcle qui n'avait causé à la malade aucune douleur, elle tomba dans la collapsus et mourut dans l'espace de trois heures, après avoir présenté les divers phénomènes de l'algidité : pâleur, sueurs froides, perte de connaissance, respiration douloureuse, asphyxie des extrémités, suppression du pouls.

« *Autopsie :* Volumineux utérus fibromateux, entouré d'adhérences péritonéales pleines de *pus*. Parmi les fibromes, les uns sont calcifiés, véritables pierres utérines, les autres mous. »

B. — Péritonite ; pyohémie.

CHANTREUIL (*Bull. Soc. Anat.* 1867, p. 588.)

« 46 ans. Début il y a 7 ou 8 ans par des métrorrhagies qui se sont répétées dans ces derniers mois. A son entrée, plus d'écoulements ; anémie très marquée ; facies amaigri ; teinte cireuse de la peau ; perte absolue des forces ; bruits de souffle au premier temps à la base du cœur ; bruit de diable dans les vaisseaux du cou. Tumeur volumineuse, mamelonnée, remplissant le petit bassin.

Quelques jours après après son entrée dans la salle cette femme fut prise de frissons avec claquement des dents... ; le pouls devint fréquent ; la peau sèche, la langue et les gencives fuligineuses. Un peu de délire nocturne ; prostration ; en un mot état typhoïde caractérisé. La malade succomba à une phlébite des sinus utérins et à l'*infection purulente* qui en fut la conséquence.

« *Autopsie :* Du *pus* en grande abondance dans les *veines* du petit bassin. Le ligament large du côté droit est rempli de pus crémeux ; on y trouve également des veines contenant des caillots fibrineux et stratifiés. Volumineux fibrome utérin du poids de 4 kg. 500. L'A. insiste sur le volume des sinus veineux utérins, pleins de caillots thrombosés. »

BUDIN (*Bull. Soc. Anat.* 1874, p. 531.)

« 52 ans. Métrorrhagies depuis un an déjà. A l'examen, masse remontant jusqu'au pubis ; le col est distendu ; une masse fait saillie dans le vagin, mais la partie de la tumeur qui dépasse le pubis est kystique. On la ponctionne au Dieulafoy et l'on retire plus d'un litre d'urine. Quatre jours plus tard, la malade est prise de frissons, de diarrhée ; elle meurt quatre jours plus tard avec un état typhoïde marqué.

« *Autopsie :* Pas de lésions des reins ou de la vessie ; pas de lésions au niveau du point de la ponction, pas de péritonite, mais, en incisant le tissu utérin à droite et un peu en arrière, on trouve du *pus* dans une des *veines* et la pression en fait sourdre 4 ou 5 gouttes La ponction de la vessie... n'avait été suivie d'aucune inflammation de l'appareil urinaire. La malade avait succombé rapidement à des accidents de *phlébite* utérine ; le toucher vaginal pratiqué très fréquemment n'était peut-être pas étranger au développement de cette maladie. »

GIRAUDEAU (*Bull. Soc. Anat.* 1882, p. 353.)

« 42 ans. Tumeur non diagnostiquée. Brusquement, vives douleurs abdominales, vomissements bilieux. Cinq jours après état général grave : 39° 5, pouls à 110, albuminurie, langue noire, ventre ballonné, tumeur utérine remontant à 3 travers de doigt de l'ombilic, peu mobile. Dix jours plus tard, plaques rouges sur la face antérieure de l'avant-bras gauche ; mort.

« *Autopsie :* Pas de péritonite aiguë, mais adhérences anciennes. Fibrome interstitiel du volume d'une tête d'adulte contenant dans son intérieur de vastes sinus tortueux, à parois calcaires, contenant des débris sanieux et brunâtres d'une matière semi liquide contenant encore en suspension de petits corps bruns dont le volume varie d'un grain de sable à un pois et que le microscope a montré formés d'hémoglobine altérée. Les veines utérines et iliaques internes contiennent du sang noirâtre et poisseux et communiquent en un point avec le sinus. Les veines de la circulation générale contiennent des caillots gelée de groseille mélangés à des gaz qui les distendent. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermédiaire est infiltré de sérosite rougeâtre. »

LEDIARD (*Obstet. Transact.* 1884, p. 193.)

« 36 ans. Morte de *septicémie.* Infarctus purulents dans les reins. Dû à cathétérisme utérin septique dans le cas de fibrome. »

METAXAS (*Bull. Soc. Anat.* 1884, p. 666.)

« Présente un corps fibreux de l'utérus, accompagné d'une suppuration de l'ovaire, de thromboses et de *phlebites* multiples. Une des thromboses occupe la veine de Trolard du côté gauche ; et sur cet hémisphère on note un ramollissement rouge qui intéresse la circonvolution de Broca. La malade, quelques jours avant sa mort, avait présenté de l'hémiplégie droite et de l'aphasie. Il s'agit probablement là d'une *septico-pyohémie.* »

VIII

LA MORT PAR THROMBOSE VEINEUSE

La mort subite par embolie pulmonaire n'est signalée dans les auteurs classiques que d'une façon très brève, sans commentaires, comme un mode exceptionnel de l'évolution fatale. Becquerel, Aran, Gallard et avec eux la plupart des classiques, parlent bien des œdèmes par compression (un signe particulièrement inquiétant, comme on le verra plus loin), mais sans ajouter que leur apparition a souvent précédé de très peu la mort de la malade. Bazor, dans une thèse consacrée à la « *Mort subite chez les fibromes utérins* » soulignait ce fait qu'au Congrès de 1893 où toutes les complications des corps fibreux furent signalées, aucun auteur ne parla de la mort rapide dans les corps fibreux.

Becquerel (t. II, p. 131) avait bien observé « que, dans le cas de fibromes volumineux, la circulation des membres inférieurs éprouve quelquefois une gêne considérable qui peut aller jusqu'au développement variqueux et quelquefois jusqu'à l'infiltration même des veines des jambes », mais il n'avait jamais rencontré l'embolie pulmonaire consécutive.

Gallard (*Leçons cliniques*, p. 544) déclarait : « On voit souvent survenir dans les membres inférieurs un œdème plus ou moins considérable qui s'exaspère de

même dans la station verticale, et qui est dû à la compression exercée sur les veines iliaques, de même que la douleur est due à la compression exercée sur les branches du plexus sacré. Cet œdème est généralement limité à un seul membre, celui du côté vers lequel s'est développée la tumeur. Néanmoins il peut arriver, lorsque les corps fibreux sont volumineux ou multiples, qu'ils comprennent à la fois les deux veines iliaques primitives, ou même la veine cave; mais il n'en est pas ainsi dès le début, et, lorsque les deux membres sont œdématiés en même temps, ils ne le sont pas également ».

De Sinéty (*Manuel*, p. 397) a soupçonné la gravité clinique de la thrombose chez les femmes porteurs de fibrome, mais ne semble avoir jamais constaté la mort soudaine par embolie pulmonaire. « La compression exercée par le néoplasme... pourrait donner lieu à de l'œdème et à de l'ascite. Il faut, pour cela, des tumeurs tellement volumineuses qu'on n'a qu'exceptionnellement l'occasion d'en observer. En général l'œdème est plutôt *un symptôme de tumeur maligne.* »

Péan ne semble pas avoir davantage rencontré de thrombose suivie d'embolie. Il a observé seulement « la phlébite des membres inférieurs due à la propagation de l'inflammation des veines de l'utérus aux branches de l'hypogastrique et à la saphène interne, ce qui est fréquent, parfois même à la veine iliaque externe comme nous l'avons vu chez une malade dont nous amputâmes avec succès la jambe gauche frappée de gangrène humide ».

Le mémoire le plus complet sur la question est la

thèse très simplement écrite et très documentée de Bastard. Cet auteur a réuni 15 observations de thrombose des veines iliaques, toutes suivies de mort, à l'exception d'un ou de deux cas. Les faits de ce genre sont-ils devenus plus spécialement rares depuis une vingtaine d'années; opére-t-on les fibromes sans les laisser arriver à la période de déchéance générale où la thrombose peut se manifester? La réponse est douteuse; toujours est-il qu'à part un cas inédit de A. Pollosson (1), le bilan de la mort par embolie reste actuellement ce qu'il était dans la thèse de Bastard.

Étiologie.

L'*embolie pulmonaire* a toujours été consécutive à la *thrombose* des gros troncs veineux du bassin; et cette thrombose n'est elle-même apparue qu'au milieu de phénomènes généraux *cachectiques* déjà avancés.

Ces altérations de l'état général jouent, en effet, un rôle capital : on a même pu dire qu'elles étaient tout dans l'histoire des thromboses; et que, conformément à l'avis de Wirchow, l'état *marastique* du sang était seul à incriminer.

Il s'agit de femmes ayant généralement dépassé la *ménopause* (encore un démenti à la théorie de la ménopause libératrice).

Le fibrome existe, en général, depuis *longtemps* « un

---

(1) Il s'agissait d'une religieuse entrée dans le service de A. Pollosson pour un volumineux fibrome du corps, sans phénomènes cachectiques marqués, et qui mourut soudain d'embolie pulmonaire. Observation malheureusement détruite.

premier fait nous a frappé, c'est le long intervalle qui s'est écoulé entre le début de la maladie et le moment où la terminaison fatale s'est montrée; dans aucune de nos observations cette date ne s'est trouvée inférieure à une année. Et ce temps n'est, le plus souvent, compté qu'à partir du moment où la femme déjà épuisée par les douleurs, les hémorraghies, les pertes, les accidents de toute nature, ou gênée par le volume de la tumeur s'est décidée à aller consulter un médecin qui a reconnu la cause de tout le mal. »

Le *volume*, le *siège* de la tumeur paraissent n'avoir aucune influence sur le développement des lésions. Fait singulier, il est à peu près certain que la *compression* exercée par la tumeur ne joue qu'un *rôle accessoire*, secondaire dans la production des accidents. La tumeur a le volume des fibromes moyens (un ou deux poings); elle a pu être énorme ou un peu inférieure à la moyenne.

Ce qui paraît compter le plus, infiniment plus, que les causes précédentes, c'est l'état d'*anémie* intense où sont plongées les malades. Et cela est caractéristique, constant, dans toutes les observations. « Ce sont, dit Bastard, des malades arrivées à un tel degré d'anémie, que la pâleur cireuse de leur peau, la décoloration complète de leurs muqueuses, leur donnent presque l'aspect d'un sujet cancéreux arrivé à la dernière phase de la maladie... Chez ces malades il existe à la base du cou et dans les gros vaisseaux du cœur un bruit de souffle caractérisé, sans lésions organiques. »

C'est là l'esquisse abrégé de la *cachexie fibromateuse*, cachexie rarement constatée, qu'on ne saurait plus

judicieusement comparer qu'à l'état terminal des cancéreuses. Pâleur intense, bouffissure du visage, muqueuses décolorées, œdèmes indépendants de toute thombrose ; signes cardiaques (souffles anémiques) ; bruits veineux des gros vaisseaux du cou... A distance on pourrait hésiter entre la cachexie cancéreuse, où le teint est plus jaune et la cachexie albuminurique à œdèmes plus marqués.

Deux signes manquent encore : ce sont l'abondance des *métrorrhagies*, constantes et suffisantes pour motiver à elles seules l'anémie excessive ; et enfin la *leucorrhée*, symptôme également constant ; « dans plus d'un cas son abondance serait arrivée à des proportions véritablement exceptionnelles » (BASTARD.)

C'est au milieu de ces symptômes que la *phlegmatia alba dolens* apparaît. Ce nouveau symptôme s'installe sans bruit, discrètement ; des œdèmes traînants l'ont précédé ; l'un d'eux persiste, s'étend à tout un membre, demeure. Pas ou peu de *fièvre*. Pas ou peu de *douleur*. Elle n'est que très exceptionnellement signalée dans les observations, et comme étant très modérée. On a tiré argument du peu d'intensité de ces deux symptômes pour contester l'origine inflammatoire de tous ces troubles et n'y reconnaître que des phénomènes d'ordre cachectique.

Il y a bien, en effet, quelque chose de spécial, d'exceptionnel dans ces faits de thrombose. C'est ainsi que très régulièrement le *membre inférieur gauche* est seul touché, ou le premier atteint lorsque les troncs iliaques gauche et droit sont pris. Quelle en était la raison ? On sait le peu de valeur de toutes les raisons d'ordre

anatomique invoquées en pareil cas. La *compression directe* par la tumeur, toujours soupçonnée, toujours recherchée, n'a jamais pu être constatée : « nous devons nous borner à constater le fait sans pouvoir en donner une explication satisfaisante » (Bastard.)

Un autre détail également caractéristique, c'est l'absence de *circulation collatérale*, la non-formation de voies supplémentaires de retour. Chez ces malades, l'œdème du membre reste blanc, mou, un peu ferme ; sans que la palpation fasse sentir nettement le cordon des veines thrombosées, sans que le développement d'un réseau bleuâtre sous-cutané traduise un effort de l'organisme vers le retour à l'état normal.

Evolution.

Cet état persiste des mois dans certaines observations. Habituellement, au bout de quelques semaines il s'est terminé soit par la *mort lente par épuisement*, soit par la *mort brusque par embolie pulmonaire*. Sur les 15 observations de Bastard, deux fois seulement les accidents mortels ont fait défaut : treize malades sont mortes cachectiques ou foudroyées par l'embolie.

La *mort par embolie pulmonaire* n'offre pas ici, en dehors de la notion préalable de tumeur abdominale, de symptômes bien particuliers. Comme dans tous les cas de phlébite terminés par la mort soudaine, c'est l'histoire de la malade, dont l'état général est débile, mais qui peut encore se déplacer, parfois descendre de son lit, faire quelques pas. Le plus souvent la malade est condamnée depuis longtemps au décubitus. Un jour,

elle veut s'asseoir, se retourner dans son lit, en descendre. Elle est soudainement prise d'une angoisse respiratoire intense. Le cri « j'étouffe » est habituellement la seule parole qu'elle ait le temps de prononcer. La malade gesticule, étend les bras, et retombe ; la face bleuit ; le cœur offre des battements désordonnés ; quelques mouvements respiratoires incoordonnés se montrent encore ; sans connaissance, en quelques instants, avec de rares mouvements convulsifs, la malade meurt.

La syncope domine ici l'asphyxie.

D'autres fois c'est l'inverse, et une agonie particulièrement émouvante précède la fin. Après les symptômes brusques du début, la *dyspnée* se prolonge, les inspirations se précipitent : on en compte parfois quarante à la minute ; les bruits du cœur sont tumultueux, irréguliers. Le pouls est filiforme, la face pâle, couverte de sueurs. Les ongles bleuissent. Les extrémités se refroidissent, et la mort survient après quelques minutes, au milieu d'une angoisse, d'une anxiété extrêmement dramatiques.

Enfin, dans quelques observations, c'est en deux ou plusieurs temps que les phénomènes emboliques ont évolué, ou plutôt l'embolie terminale, massive, a été précédée, la veille ou les jours précédents, de brusques accès de dyspnée, intermittents, passagers, traduisant l'émiettement du caillot, l'arrivée au poumon d'*embolie* parcellaires.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique des lésions est banale : on s'en rendra compte à comparer les diverses observations. On peut la résumer en quelques mots.

Du côté des *veines du bassin*, thrombose de la veine iliaque externe, de l'iliaque interne, surtout à gauche, avec prolongement dans la fémorale, la saphène, parfois l'ischiatique. Le thrombus lui-même est d'aspect variable; ancien et plus ou moins organisé, il contient parfois de véritables logettes, pleines de débris sanguins, noirâtres.

Quelquefois, tout caillot fait défaut dans les iliaques: une tache noirâtre, d'infiltration sanguine, montre seulement quelle place il occupait avant son départ.

Enfin, dans certains cas particulièrement démonstratifs, la mort a été soudaine, au point qu'à l'autopsie on peut juxtaposer exactement les extrémités correspondantes du caillot demeuré en place, et de l'embolus qui s'en est détaché (1).

Du côté du *cœur*, on trouve en général le ventricule droit, l'artère pulmonaire, ses deux branches ou une seule, occupés par une masse de caillots, les uns anciens, les autres récents, où la recherche de l'embolus est délicate, mais habituellement positive.

Pathogénie.

L'embolie pulmonaire est la conséquence rationnelle de la thrombose des veines iliaques; mais quelles rela-

---

(1) Haussmann (*Soc. Obst. et Gyn.* de Kiew, 1897), a trouvé chez une femme morte avec des troubles cardiaques intenses, sept jours après une hystérectomie abdominale, la *veine cave* inférieure oblitérée dans une étendue d'une quinzaine de centimètres par une thrombose déjà ancienne. Le caillot pénétrait dans les deux veines iliaques. La circulation collatérale s'était rétablie par la veine utéro-ovarienne gauche et, en partie, à travers le caillot de la veine cave inférieure. Haussmann aurait constaté une lésion analogue dans un cas de kyste de l'ovaire.

tions unissent cette dernière à l'existence de la tumeur abdominale ?

Une première explication, la plus ancienne, c'est celle qu'on invoquait autrefois pour expliquer la plupart des phlébites, c'est la doctrine de la *thrombose marastique*. C'est l'explication adoptée par Bastard ; elle mérite une citation :

« A quoi faut-il attribuer la coagulation du sang chez les différentes malades ? Faut-il invoquer une inflammation qui, partie des sinus utérins, se serait propagée par les veines utérines et hypogastriques jusque dans la veine crurale, où elle aurait déterminé la thrombose ? Nous ne le pensons pas..., la plupart n'ont présenté, pendant leur vie, aucun signe d'inflammation du côté de leur tumeur..., chez toutes les femmes mortes avec des thromboses, on a trouvé à l'autopsie les veines utérines et les veines hypogastriques absolument saines, et les tumeurs elles-mêmes ne sont notées dans aucun cas comme ayant présenté les lésions d'un travail inflammatoire. Les veines mêmes qui étaient le siège des thromboses et qui contenaient des caillots étaient à peine malades ; dans la plupart des cas, on a noté qu'elles avaient une coloration un peu plus rouge que celles du côté sain.

« Peut-on invoquer le *ralentissement de la circulation..* ? Il n'est pas étonnant que ces tumeurs qui entraînent la compression du rectum, de la vessie, aient également comprimé peut-être un peu les veines iliaques, ralenti la circulation dans leur intérieur et favorisé ainsi la thrombose. Mais il n'y jamais eu que compression incomplète... et, à notre avis, c'est surtout

dans *l'altération du sang* causée par l'anémie qu'il faut chercher la principale de cette sorte d'accidents. »

On ne peut guère se rallier absolument aux conclusions précédentes. La théorie plus moderne de *l'infection*, la théorie défendue par Vaquez, par Doléris, par Widal, semble contenir probablement le plus gros de la vérité. La cavité utérine passe en général pour septique ; le fibrome lui-même, en dehors de toute altération inflammatoire, le serait également. Mais cette septicité ne paraît pas très grande. Et vraisemblablement, la *phlébite* des sinus utérins, celle consécutive des vaisseaux iliaques, ne se montrent dans le cas de fibromes que si les hémorragies répétées, l'inappétence, les douleurs, la coprémie, la leucorrhée, ont déjà réalisé ces *altérations humorales* bien étudiées par Hayem et Mayet, et le dont le détail trouve sa place ailleurs. Les théories mécanique, chimique et infectieuse interviennent probablement à titres divers dans la production des thromboses au cours des tumeurs du ventre, en général.

Telle est aujourd'hui la doctrine classique. G. Michel, dans un travail récent sur « *L'embolie pulmonaire post opératoire* », s'y rallie absolument. Cet auteur considère, de façon plus optimiste qu'on ne le fait en général, la notion de phlébite étendue chez une femme porteur de fibrome. Il a vu Gross opérer plusieurs malades antérieurement atteintes de phlébite et chez lesquelles l'opération, suivie de succès, montre de gros sinus thrombosés. A son avis, il n'y aurait donc pas là contre-indication opératoire. Ce n'est pas l'opinion de Wyder et Buschbeck qui, dans un article paru en 1898 dans les *Archiv fur*

Gynækologie, ont résumé, peut-on croire, l'expérience de tous les chirurgiens, en conseillant l'*abstention* chez toute femme « qui, atteinte de tumeurs du ventre, a les membres inférieurs œdématiés, le pouls fréquent, les veines dures et douloureuses ».

Les dix observations qui suivent répondent toutes à des formes mortelles de thrombose au cours de fibromes. La plupart sont conformes au tableau classique de la phlébite suivie d'embolie pulmonaire. Quelques-unes en diffèrent légèrement. Dans deux cas, la thrombose était nulle, les troubles respiratoires n'ont pas manqué, mais dans un cas des signes de généralisation, dans l'autre des symptômes de retentissement péritonéal avec une tumeur kystique et infectée, enlèvent aux deux observations le caractère schématique qu'offrent les autres. Leur lecture vaudra mieux que tout commentaire.

OBSERVATIONS

Guyot (*Bull. Soc. Anat.*, 1854, p, 111.)

63 ans. Début des accidents il y a dix-huit mois. « Constitution détériorée. Teinte pâle des téguments. Pas d'appétit; peu de sommeil; un peu de diarrhée.

« Le membre abdominal droit présente dans toute son étendue un œdème considérable; quelques douleurs de reins.

« La malade a trois métrorrhagies dont une assez abondante; à partir de ce moment, diarrhée intense, bientôt incoercible. L'œdème envahit l'autre membre. La malade meurt.

« Multiples fibromes. Distension des uretères et des bassinets. La veine fémorale gauche depuis l'anneau du troisième adducteur jusqu'à la veine iliaque primitive renfermait un caillot qui n'a pu être examiné avec soin, les veines n'ayant été ouvertes que huit jours après l'autopsie. Le caillot de la veine fémorale droite ne se prolongeait que jusqu'à la veine iliaque externe. »

Velpeau et Ball (*Bull. Soc. Biologie*. 1862.)

« 38 ans. Depuis six mois, se plaint d'une suppression des règles, accompagnée de douleurs vives, mais intermittentes aux reins et au bas-ventre. Une tumeur volumineuse remplit le vagin et proémine à la vulve ; elle fournit un écoulement ichoreux séro-sanguin peu fétide... Pâleur anémique..., Constipation opiniâtre. Une tumeur de consistance assez molle remplit le vagin, fait saillie à la vulve... le palper fait reconnaître une tumeur dure siégeant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. La jambe droite dont la malade souffrait depuis environ deux mois, offrait un œdème dur conservant l'empreinte du doigt depuis la cheville et la face dorsale du pied, jusqu'à quelques travers de doigt au dessus du genou.

« La malade, assise sur son lit, causait assez gaiement avec ses voisines, quand elle tombe à la renverse, en agitant les bras, la face d'une pâleur mortelle, le thorax agité par des inspirations profondes et convulsives... Elle meurt, l'agonie n'ayant pas duré cinq minutes.

« *Autopsie :* Polype fibreux gros comme les deux poings, implanté sur la surface interne de l'utérus, dilatant prodigieusement le col de l'organe, et donnant au vagin une ampleur égale à celle de la tête d'un fœtus à terme... autres fibromes plus petits, interstitiels ou sous-péritonéaux.

« La veine fémorale droite est remplie dans toute son étendue, par un caillot fibrineux, très adhérent aux parois, blanc, solide et résistant à l'extérieur, jaunâtre et un peu

consistant à l'intérieur... L'extrémité supérieure de ce caillot se termine brusquement par une extrémité anfractueuse à deux centimètres au-dessous de l'extrémité de la veine saphène interne...

« La branche de bifurcation droite de l'artère pulmonaire contient un caillot peu volumineux qui se prolonge sous forme de cordons fibrineux jusqu'aux ramifications de troisième ordre. »

KURZ (*Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.* 1877.)

« 51 ans. Début ignoré. Métrorrhagies. A l'examen, vaste tumeur abdominale s'étendant jusqu'à l'angle des côtes, et remplissant le cul-de-sac postérieur du vagin. En un point, on percevait une fluctuation obscure. Le toucher permit de s'assurer que c'était un myome utérin partiellement ramolli. Peu à peu la malade tomba dans un marasme profond : accélération du pouls, fièvre, vomissements, œdème douloureux du membre inférieur gauche, plaques gangréneuses au sacrum : enfin, la mort survint après une hémorrhagie profuse, au milieu de phénomènes dyspnéiques.

« *Autopsie :* Noyaux de généralisation, constitués par un sarcôme très riche en cellules, sur la plèvre pariétale, dans les poumons, à la face inférieure du foie.

« La tumeur abdominale adhérait au cœcum, à l'intestin, au bassin, au rectum.

« La tumeur était un fibro-myome en partie ramolli, ayant subi en quelques points la dégénérescence kystique; on y trouvait en outre des foyers apoplectiques et de petits noyaux sarcomateux.

« L'œdème du membre inférieur s'expliquait par une thrombose de la veine iliaque gauche. »

DUGUET (*Union Médicale*, 11 janvier 1877.)

« L. B., 38 ans. Symptômes de tumeur depuis près de deux ans... Chaque mois les ménorrhagies semblent augmenter

en longueur et en quantité. Il en résulte pour elle un état d'affaiblissement et d'anémie très marqué... ses lèvres, ses muqueuses, ses conjonctives, son faciès sont d'une pâleur extrême et comme cireuse. Le moindre effort lui donne des palpitations et l'essouffle... A l'examen, tumeur volumineuse, débordant de trois doigts le pubis, occupant tout le petit bassin. Compression du rectum, de la vessie (dysurie puis incontinence).

« Un jour, on constate un léger œdème de la jambe gauche, sans induration perceptible des saphènes, sans rougeur, sans douleur le long des autres vaisseaux. Cet œdème augmente sensiblement les jours suivants, sans apporter toutefois une grande gêne dans les mouvements du membre... Cet œdème ne peut être rattaché à aucune autre cause qu'à la compression des veines iliaques par la tumeur qui n'a pas cessé de s'accroître... Quatre jours après le début de l'œdème la malade est prise à deux fois différentes d'accès de suffocation et comme de syncope... La malade a ressenti dans la respiration quelque chose de singulier, mais à l'heure de la visite, elle n'offre plus de dyspnée et l'examen de la poitrine est absolument négatif. Le surlendemain, l'attention des malades voisines est attirée par de profonds soupirs partant du lit de la malade : elle suffoquait .. et la malade succombait après avoir présenté quelques phénomènes convulsifs dans les membres.

« *Autopsie :* Gros utérus fibromateux; la principale masse est une tumeur interstitielle du corps ayant dix centimètres de diamètre... Le cœur droit renferme un caillot allongé, volumineux : ce caillot se prolonge dans l'infundibulum puis dans l'artère pulmonaire. Cylindrique et du volume du petit doigt, sa longueur est d'environ dix centimètres... La crurale gauche renferme un caillot qui commence à environ deux centimètres au-dessous de l'arcade crurale, qui en oblitère toute la lumière et s'étend dans toutes les collatérales... La paroi de la veine crurale est fortement colorée en rouge vineux, ce qui tranche sur la coloration pâle des autres veines qui, d'ailleurs, ne contiennent pas de caillots. »

DUGUET (*Union médicale*, 4 juillet 1878.)

« 42 ans. Depuis deux ans éprouve quelques douleurs du ventre, qui ont été rattachées à un fibrome. Entrée à l'hôpital parce que la gêne qu'elle éprouvait dans l'abdomen s'est accentuée davantage, que la marche est devenue pénible et qu'une douleur sourde et profonde s'est montrée dans le côté gauche de l'abdomen... Le volume de l'abdomen est celui d'une femme enceinte de huit mois... Le palper révèle l'existence de volumineuses masses fibromateuses faisant saillie dans la fosse iliaque du côté droit... Elle était à l'hôpital depuis huit jours quand elle se plaignit d'un engourdissement dans la cuisse et dans la jambe gauches; cet engourdissement fit bientôt place à une douleur sourde d'abord, mais plus vive, ressentie principalement dans les muscles du mollet. Un certain degré d'œdème apparut d'abord au dos du pied, puis et progressivement à la jambe et à la cuisse. La pression devint douloureuse dans toute la longueur du membre inférieur gauche, mais spécialement au pli de l'aine et en descendant vers le milieu de la cuisse... On percevait l'existence d'un cordon dur du volume du doigt, s'étendant du milieu du pli de l'aine au centre de la cuisse et remarquable par son extrême sensibilité... Seule, la crurale était intéressée : les saphènes n'étaient le siège d'aucun cordon douloureux. Assez rapidement, l'œdème augmente, s'étendant au membre inférieur gauche dans toute sa longueur et prenant une teinte légèrement bleuâtre en rapport avec le développement exagéré des veines superficielles qui se dessinent sous la peau... Le septième jour du début de l'œdème, sans mouvement préalable, la malade étant restée couchée, elle éprouva une suffocation subite, une oppression violente avec douleur vive à la pointe du cœur et un sentiment de poids très lourd sur les épaules; il lui sembla que son cœur, un instant arrêté, allait se rompre; elle devint pâle, haletante et tout d'un coup plongée dans une angoisse inexprimable.

« L'interne de garde, immédiatement appelé, constata un trouble profond des battements du cœur, devenus sourds et tumultueux. Le pouls était très petit et irrégulier, mais au bout de quelques minutes le calme reparut et la malade put raconter ce qu'elle avait éprouvé. La respiration redevint relativement calme. Cependant la malade resta inquiète pendant toute la soirée et toute la nuit sans sommeil; des plaintes et des gémissements constants accompagnaient une dyspnée qui, ne cessant pas, augmentait par instants subitement. Douze heures après le début des accidents, la malade était à l'agonie sans avoir perdu connaissance et expirait.

« *Autopsie :* Tumeur fibreuse insérée par un mince pédicule sur le fond utérin, du poids de 4,500 grammes, ayant subi à son centre une dégénérescence kystique. Kyste de l'ovaire gauche... L'infundibulum et les deux branches de l'artère pulmonaire sont bourrés de caillots d'un gris sombre, allongés et arrondis, libres de toute autre adhérence aux parois vasculaires, enroulés et recourbés les uns sur les autres à la manière de sangsues ou d'anguilles. Deux volumineuses branches artérielles destinées au poumon droit sont remplies par un caillot jaune grisâtre, pâteux. Il en est de même du côté gauche. Les veines du membre inférieur, les iliaques, les hypogastriques sont rouges et plus à gauche qu'à droite. On n'en rencontre aucune qui soit occupée par des concrétions sanguines analogues à celles qui obstruent l'artère pulmonaire. Dans le lobe moyen du poumon droit, gros infarctus. »

Duplay et Levrat (*Progrès Médical*, 20 mars 1880.)

« 47 ans. Entrée à l'hôpital non pour des troubles d'ordre génital, mais pour une phlébite du membre inférieur gauche. On lui découvre un utérus fibromateux du volume d'une grossesse de 7 mois. Une ponction exploratrice, destinée à préciser le diagnostic, donna issue à 2.250 grammes de liquide brunâtre, de consistance sirupeuse. La malade succomba à une embolie pulmonaire comme le démontra l'autopsie. »

Bernutz (*in* thèse Bastard.)

« 42 ans. Hémorragies depuis 5 ans. Existence constatée d'une tumeur depuis 2 ans. La malade perd son sang en abondance à chaque époque et pendant 9 jours ; mais jamais entre les époques elle n'a eu de métrorrhagies ; elle perd seulement en grande quantité un liquide blanc jaunâtre. Il en résulte pour elle un état d'affaiblissement et d'anémie très marqués. Son faciès est d'une grande pâleur ; ses lèvres, ses gencives et ses culs-de-sacs conjonctivaux sont décolorés et il existe à la base du cœur et se prolongeant dans les vaisseaux du cou un bruit de souffle cardiaque... Il survint un peu d'œdème des malléoles, lequel fut attribué à la compression exercée par la tumeur sur les veines iliaques, Du côté droit, cet œdème ne dépassa point les malléoles, mais il n'en fut pas de même du côté gauche. Au bout de quelques jours la malade s'aperçut que l'enflure faisait des progrès ; il existait en effet un œdème assez considérable, peu douloureux, sans rougeur et remontant jusqu'à l'aine. A ce niveau on sentait un cordon dur assez volumineux, mais qui ne descendait pas à plus de trois travers de doigt au-dessous du pli de l'aine... Sans que rien de particulier se soit manifesté dans l'état de la malade, celle-ci dans un mouvement qu'elle fit pour se mettre sur le bassin, fut prise subitement d'un accès de suffocation et mourût en dix minutes avec tous les symptômes d'une embolie pulmonaire.

« *Autopsie :* Fibrome unique du corps, du volume d'une tête de fœtus. L'artère pulmonaire contient un caillot de la grosseur du petit doigt. Ce caillot qui se termine brusquement et qui est comme cassé à ses deux extrémités, commence un peu au-dessous de la bifurcation de l'artère pulmonaire et se prolonge dans la branche gauche de cette artère qu'il oblitère complètement... La veine fémorale gauche est remplie par un caillot qui est cassé brusquement au niveau de l'arcade fémorale, un peu au-dessous de l'embou-

chure de la saphène interne ; celle-ci est demeurée perméable... L'examen microscopique démontre qu'il y avait un commencement de phlébite... Il est probable que le courant de la saphène interne qui n'était pas oblitérée, aidé du mouvement brusque de la malade, a entraîné le caillot de la fémorale dans le torrent circulatoire et a amené l'embolie pulmonaire. »

SIREDEY (*in* thèse BASTARD.)

« 23 ans. Début du fibrome trois ans auparavant par une augmentation des règles, puis par des métrorrhagies intermenstruelles.

« Une tumeur est perçue remontant jusqu'à l'ombilic. Les traits sont profondément altérés, les muqueuses décolorées, l'alimentation est à peu près nulle. Les pertes sont incessantes, sans périodicité. Continuel écoulement séro-sanguin. Apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche, avec sa symptomatologie classique.

« Un mois plus tard, le membre inférieur droit est pris. A plusieurs reprises, la malade présente des accès de dyspnée subite, avec suffocation. Un épanchement pleurétique se forme à gauche : la malade meurt trois mois après la première poussée phlébitique. »

DESNOS (*in* thèse BASTARD.)

« 41 ans. Début il y a neuf mois par la constatation audessous de l'ombilic d'une grosseur du volume d'une noix, indolente et bien limitée ; depuis, pertes blanches assez abondantes, métrorrhagies accompagnées de violentes douleurs dans les reins et le bas-ventre... Dans les derniers mois, les forces ont diminué considérablement et la malade s'est fort amaigrie. Actuellement, facies jaune-paille, douleurs dans les reins et l'abdomen, continues, sans exacerbations ; pertes blanches abondantes.

Au milieu de janvier (la malade étant entrée dans le ser-

vice de LASÈGUE depuis un mois), survient un œdème assez considérable des membres inférieurs ; cet œdème augmente assez rapidement et remonte au-dessus des genoux... En février, l'œdème diminue peu à peu et n'existe plus qu'aux malléoles. L'état général est mauvais ; la malade a une teinte cachectique... La malade est prise assez brusquement d'accidents de péritonite.

Ventre tendu, douloureux, ballonné.

Langue sèche, vomissements incessants, bilieux, fièvre, constipation... Au bout de dix jours, l'état aigu s'amende... mais la tumeur a grossi, elle est mal limitée... Le 2 mars, l'œdème des malléoles augmente et il est plus marqué du côté gauche. Le lendemain, développement d'une phlegmatia alba dolens de la cuisse gauche ; œdème considérable, empâtement douloureux de la cuisse et du genou ; douleur vive au toucher, le long du trajet de la veine fémorale ; mais on ne sent pas de cordon induré, la douleur empêchant une palpation un peu profonde. L'état général de la malade devient de plus en plus mauvais ; l'œdème gagne la partie externe de la cuisse jusqu'à la hanche. A droite, il reste limité aux malléoles... Elle meurt quinze jours après.

« *Autopsie* : Quantité considérable de liquide péritonéal trouble et chargé de flocons blanchâtres. Nombreuses adhérences péritonéales à divers degrés de formation... Tumeur fibro-kystique du volume d'une tête de fœtus adhérente à la fosse iliaque gauche... La veine iliaque primitive est recouverte de fausses membranes qui l'unissent à la tumeur. Elle renferme un caillot jaunâtre peu adhérent qui se prolonge dans les deux veines iliaques externes... Ses parois ont une coloration lie de vin. »

RANGLARET et GHIKA (*Bull. Soc. Anat.* 1892, p. 663.)

« 50 ans. Opérée il y a 5 ans pour un polype utérin ; a présenté consécutivement à l'intervention une phlébite ayant duré 7 mois. Métrorrhagies et leucorrhée depuis cette date. Depuis trois semaines, douleurs intenses dans le mollet

droit (siége de la phlébite ancienne), qui augmente de volume et devient le siège d'une circulation collatérale très intense... Orteils et pied ont pris une teinte bleuâtre et sont devenus le siège d'une sensation de froid fort désagréable... Existence d'un réseau bleuâtre sous-cutané qui remonte de la jambe sur l'abdomen jusqu'au niveau de la région hépatique... Hypéresthésie... refroidissement du membre atteint...

« Ecoulement vaginal fétide... Perception au toucher d'une masse arrondie, lisse, nullement néoplasique. Des phénomènes de gangrène (teinte bleuâtre de la peau, anesthésie superficielle, refroidissement) apparaissent au niveau des orteils, de la face dorsale du pied, de la jambe. L'orteil gauche est pris à son tour, un mois après le début des phénomènes de gangrène.

« La malade est dans une sorte de somnolence et de torpeur ; elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose. La gangrène de la jambe droite répand une odeur repoussante. La gangrène à gauche a envahi tout le pied, sans avoir été précédée de signes de phlébite. Température 39°. Mort.

« *Autopsie :* Col effacé, la cavité utérine se continue directement avec la cavité vaginale. Vers le tiers inférieur du côté droit, implantation à large base d'une tumeur dure et présentant un aspect gris sale ; tout autour de la tumeur muqueuse ulcérée et couverte d'une sanie purulente et fétide. Les vaisseaux iliaques (primitifs, interne et externe) droits sont oblitérés par un caillot, massif par places, perforé en d'autres points... Ils sont englobés dans une gangue cellulo-graisseuse extrêmement résistante... Au total, cette gangrène ne résulte ni d'une embolie cardiaque, ni d'une plaque d'athérome... C'est le fibrome ancien ulcéré, gangrené lui-même, qui a donné lieu à la complication fatale... On peut invoquer deux processus : ou bien il y a eu phlébite primitive et propagation de l'inflammation de la veine à l'artère, ou bien à la fois artérite et phlébite concomitantes... La seconde hypothèse est la plus vraisemblable. »

Darier déclarait, à propos de l'observation ci-dessus, qu'« il s'agissait simplement d'une phlébite devenue gangréneuse à la suite d'un fibrome » et que « Lancereaux avait publié un cas analogue. »

IX

LA MORT PAR LÉSIONS CARDIAQUES

On sait bien aujourd'hui de quelle importance est l'*état du cœur* chez toutes les malades porteurs de tumeurs abdominales. Plus la chirurgie du ventre a étendu son domaine, mieux elle a appris de quelle façon précise, soit avant, soit après l'intervention, les tumeurs un peu volumineuses de l'utérus ou de ses annexes pouvaient exercer leur influence sur l'état du cœur. Examiner les urines, vérifier l'état du cœur de toute « abdominale » à opérer, est une pratique aujourd'hui constante, et si l'on voit encore mourir de shock ou de syncope post-opératoire les grandes opérées de gynécologie, c'est l'hémorrhagie ou la longue durée d'une intervention qu'il faut incriminer. La découverte, à l'autopsie, de reins scléreux ou d'un cœur malade qu'on n'avait pas prévus est toujours une douloureuse surprise.

La notion du retentissement cardiaque des grosses tumeurs abdominales est de date récente ; la bibliographie en est rapidement parcourue.

Hofmeier (1884) a le premier attiré l'attention sur l'influence fâcheuse exercé soit avant toute intervention, soit après hystérectomie, par l'état de la fibre cardiaque. Il a réuni dans son travail 18 observations prove-

venant du service de SCHRÖDER, observations dans lesquelles la mort subite par *arrêt du cœur* a été provoquée par une tumeur abdominale physiologique ou pathologique, (par physiologique l'auteur entendant la grossesse). Cette statistique comporte sept cas de fibrome; le cœur de deux de ces malades offrait des lésions de *dégénérescence graisseuse ;* chez cinq autres on trouvait de l'*atrophie brune du myocarde.*

DOWER (1884) a rapporté dans le *New-York Medical* une observation de mort subite chez une femme porteur de fibrome utérin.

FEHLING (1887), sur 14 hystérectomies, en a vu 4 présenter des signes d'altération cardiaque. Deux autres femmes porteurs de fibrome moururent subitement de lésions du cœur, dont le développement paraissait consécutif à l'apparition de la tumeur. La même année, BEDFORD FENWICK lisait à la Société de Gynécologie de Londres un mémoire inspiré par une observation du même ordre.

La thèse d'agrégation de NÉLATON « *Traumatisme et affections cardiaques* », renferme une copieuse analyse d'un mémoire de ROSE paru en 1887 dans le « *Deutsche Zeitschrift* ». ROSE y rapporte quelques cas de mort rapide accompagnée de symptômes cardiopulmonaires à la suite d'interventions sur des fibromes utérins volumineux. Frappé de ce fait, il attribue cette mort brusque à la suite de l'intervention non pas à des complications infectieuses, mais à l'*aggravation d'une maladie de cœur préexistante*... ROSE suppose en outre que l'affection cardiaque qu'il a observée chez ses opérées en même temps que leur tumeur utérine avait été *provoquée par la pré-*

sence de cette tumeur. Pour lui, il ne s'agit pas du tout d'une affection cardiaque d'origine rhumatismale, par exemple, coïncidant avec un hystérome, mais bien d'une cardiopathie d'origine utérine. « Je voudrais conclure, dit l'auteur, que les grosses tumeurs abdominales amènent des troubles fonctionnels du cœur en même temps qu'une *dilatation de la moitié droite*, et cela d'autant plus rapidement qu'elles sont plus vasculaires; mais, la tumeur enlevée, ces symptômes peuvent tout-à-fait disparaître ; si, au contraire, on ne l'enlève pas, la dilatation du cœur droit persistera et ne tardera pas à amener l'atrophie de l'organe. »

Sébileau, dans un mémoire très documenté, a repris la question ; sa mise au point demeure à peu près difinitive. Sur 28 malades atteintes de tumeurs abdominales, 17 présentaient sinon de véritables troubles cardiaques, au moins des symptômes de lésions orificielles (le plus souvent souffles systoliques de la pointe).

Onze malades porteurs de fibromes présentaient des troubles de ce genre ; les unes ont survécu à l'intervention, la plupart a succombé rapidement.

Sébileau conclut, contrairement à Rose, en faveur de la prédominance des lésions *du cœur gauche*.

a) Les lésions *du cœur droit* seraient secondaires à celles du cœur gauche. Primitives, elles peuvent reconnaître, soit une contraction réflexe des artérioles pulmonaires, soit une gène de la circulation pulmonaire par compression et refoulement du diaphragme.

b) Les lésions du *cœur gauche*, beaucoup plus fréquentes, rappelleraient de très près l'ensemble anatomo-clinique connu sous le nom de *cœur de Traube*. Secon-

daires à une gêne de la circulation périphérique, leur formation relèverait soit de la compression des gros vaisseaux de l'abdomen, soit de l'étendue exagérée du champ circulatoire, soit de lésions rénales dues à la compression des urétères, soit du spasme des capillaires généraux.

L'hypertension, à l'inverse de ce qu'on constate dans le cœur rénal habituel, serait peu marquée. La dilatation cardiaque serait le fait essentiel, cliniquement traduit par les signes de l'insuffisance mitrale.

Ces complications cardiaques sont, on le conçoit, grandement influencées par *l'intoxication anesthésique*.

Lorsque les malades gardent leur tumeur, parfois les lésions cardiaques s'accentuent et les malades meurent asystoliques, parfois la cachexie fibromateuse avec son anémie, ses œdèmes, ses souffles vasculaires, domine la scène clinique. Les malades meurent moins à cause de leur lésion cardiaque, qu'avec elle.

Quant aux malades *opérées*, si leur cœur droit avait déjà cédé, elles succombent rapidement asystoliques; si elles franchissent les quelques semaines particulièrement dangereuses qui suivent l'intervention, avec la disparition des lésions causales, la dilatation cardiaque tend à s'effacer, et la malade peut guérir de son cœur. (Il est à supposer que la curabilité opératoire de telles lésions, ne dépasse pas le cadre des insuffisances fonctionnelles.)

La théorie de Sébileau est toute mécanique. Kisch, de Prague, dans ses « *Cardiopathies utérines* » adopte une pathogénie beaucoup plus complexe. Cet auteur fait remarquer que « chez certaines femmes aux âges

extrêmes de la vie génitale, puberté et ménopause, de même qu'à l'occasion du mariage, de la grossesse, de l'accouchement, on a des manifestations cardiaques morbides, réflexes, à point de départ génital (palpitations, accélération ou ralentissement du pouls, douleurs à la région précordiale, souffles, etc.) Il se peut que certains processus chimiques qui se produisent d'une part pendant le développement et le mûrissement de l'ovule de Graaf à la puberté, d'autre part pendant son atrophie à la ménopause, jouent un rôle important au point de vue de la composition du sang. L'auteur se demande à ce propos si ces phénomènes d'intoxication atténuée portant surtout sur la fibre cardiaque, ne trouvent pas leur équivalent dans les troubles cardiaques qui accompagnent les grosses tumeurs de l'abdomen.

Le point faible de la théorie est patent : les fonctions trophiques, la sécrétion interne de l'utérus ne sont rien quand on les compare à celles de l'ovaire. Le terme de cardiopathies ovariennes serait mieux choisi, et, du reste, rien dans les observations qui suivent, ne rappelle les troubles généraux vagues du *syndrome de Kisch*.

Depuis les publications d'Hofmeier et Sébileau, les observations se sont multipliées de troubles cardiaques dans les fibromes. Voskresensky, de Kiew, au congrès d'Amsterdam, en 1899, déclarait avoir noté chez plusieurs malades porteurs de fibromes utérins, des symptômes de lésions cardiaques se manifestant par des irrégularités du rythme, l'apparition d'un souffle, et un affaiblissement de l'énergie cardiaque. « A l'autopsie des malades mortes après l'opération, j'ai vu souvent le cœur distendu, gras, avec des nodules fibreux sur les

valvules, et sur les parois des gros vaisseaux, bref, une artériosclérose précoce. »

WOSKRESENSKY insistait sur les dangers que crée après l'intervention l'existence de lésions du cœur. T. SPANNOCHI, cherchant à tirer au clair plusieurs observations de mort post-anesthésique, estime que le chloroforme est beaucoup moins coupable que la fibre cardiaque elle-même ; il rappelle les observations de STRAUSSMANN et LEHMANN, qui chez 71 malades atteintes de fibromes, ont trouvé dans une proportion de 40 fois sur 100, des lésions cardiaques manifestes.

KESSLER, chez une femme de 54 ans, morte brusquement au septième jour, d'une hystérectomie dont les suites paraissaient heureuses, a trouvé, sans traces d'embolie pulmonaire, un cœur gras, avec hypertrophie du ventricule gauche. Le microscope a montré une abondante prolifération du tissu conjonctif intramusculaire, que l'auteur rapproche des lésions utérines, et qu'il qualifie de *myofibromatose cardiaque*.

Enfin, très récemment, ALBAN DORAN dans le *Journal of Obstet. and Gynecology*, et BAUER, dans une thèse de Strasbourg, ont simplement apporté de nouvelles observations à l'appui de la théorie classique. Cinquante-cinq fibromes observés par ce dernier auteur lui ont donné, 27 fois, des lésions cardiaques.

On peut résumer comme il suit les données précédentes : Les fibromes, surtout les fibromes volumineux, entraînent fréquemment, chez les femmes ayant dépassé la ménopause, c'est-à-dire à l'âge où cœur et vaisseaux ont déjà vieilli, des *lésions cardiaques*. Ces

lésions, qui portent surtout sur le cœur gauche, consistent le plus souvent en *dilatation* et *hypertrophie*. Cliniquement, elles se révèlent par l'existence de *souffles systoliques*.

Quelquefois ces lésions entraînent *après une intervention* chirurgicale la mort par *syncope*. Plus rarement elles peuvent provoquer *sans traumatisme* utérin occasionnel, des *accidents syncopaux* généralement *mortels*.

Les observations qu'on va lire ne comportent que *des cas de mort par syncope avant toute intervention*. Sans mettre en doute la bonne foi des auteurs, il faut bien reconnaître que la mort par le cœur est une excuse réconfortante pour le chirurgien. De même qu'on a souvent taxé d'étranglements post-opératoires, d'authentiques péritonites à ballonnement trop marqué, de même, on peut mettre sur le compte d'infections suraiguës nombre de morts de fibrome où l'accélération formidable du pouls a fait pencher le chirurgien vers l'hypothèse plus agréable de collapsus cardiaque. Et souvent l'on a plaisamment blâmé les chirurgiens de croire trop volontiers à la mort médicale de leurs opérés.

Mais rien de semblable dans les cas rapportés ci-dessous. Le plus souvent, la *mort* est survenue en *pleine santé*, si l'on peut désigner ainsi l'état général de l'immense majorité des fibromateuses, malades chez lesquelles tout se borne si souvent à quelques métrorrhagies, un peu de gène abdominale, et la notion d'une tumeur. Quelques-unes de ces observations sont, à ce point de vue, particulièrement saisissantes.

Chez les malades précédentes, les *lésions* se sont montrées réduites à un tel *minimum* qu'on peut se demander (et l'affirmative paraît bien la seule réponse dans certains cas), si la mort n'avait pas pour cause un simple *réflexe* et si, en l'absence de toute lésion cardiaque, la simple existence d'un fibrome ne suffisait pas à expliquer la mort. Chez d'autres malades, les lésions se sont montrées *grossières*, soit du côté du *cœur* (obs. de Dower, d'Hofmeier) (1), soit du côté de la *tumeur* : Myerle a relaté l'histoire d'une rupture de fibrokyste en pleine cavité séreuse, avec mort rapide qui ressortit moins à l'histoire des fibromes proprement dits qu'à celle des tumeurs kystiques abdominales compliquées de rupture.

OBSERVATIONS

Brouardel. (Mort subite, p. 227.)

« Je me souviens que, pendant mon internat, je me trouvais un soir avec mon collègue Charles Martin dans une salle du service de Gosselin à côté d'un lit, où était couchée une femme chez laquelle il devait pratiquer l'examen digital. Il la toucha, en effet, puis il alla se laver les mains : la femme mourut *subitement*, sans que, non pas Charles Martin qui se lavait les mains au bout de la salle, mais moi même qui étais resté à côté du lit, ayions pu donner des soins efficaces,

(1) Le mécanisme de la mort peut être très complexe. Dans une observation de Villard, des accidents de *phlébite* ont précédé la mort par *syncope*, et l'autopsie n'a pas révélé d'*embolie pulmonaire*. Voir plus loin.

quelque rapides qu'ils aient été. A l'autopsie, on ne trouva qu'une tumeur fibreuse... tous les organes étant *sains*... Quand j'apportai les pièces à la Société Anatomique, le docteur Barth communiqua à la Société trois ou quatre observations analogues, recueillies dans sa clientèle (1). »

Hofmeier (*Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk*, B. XI, H. 2.)

« Il s'agit d'une femme de 56 ans qui entra à l'hôpital, très affaiblie par suite d'hémorrhagies utérines très abondantes, provoquées par un myome de moyenne grosseur. On employa tout d'abord de l'ergotine, mais en vain; en raison de son état misérable on usa de tous les moyens pour relever ses forces, mais en vain. La malade mourut *subitement* le septième jour après son entrée avec des symptômes de grande faiblesse cardiaque.

« *Autopsie:* Signes ordinaires de l'anémie, On ne constate autre chose pour expliquer la mort qu'une *dégénérescence graisseuse* de toute la musculature cardiaque. »

Hofmeier (*Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk*, B. XI, H. 2.)

« Il s'agit d'une malade âgée de 40 ans, qui, depuis plusieurs années déjà, mais depuis quelques mois surtout, souffrait d'hémorrhagies profuses qui l'avaient très affaiblie... On reconnut un myome utérin, remontant jusqu'à l'ombilic... Le onzième jour de son entrée à la clinique, la malade mourut en présentant des signes de *faiblesse cardiaque* et de la dyspnée: son état général avait empiré de jour en jour. »

« *Autopsie :* En même temps qu'une transformation gangréneuse de la tumeur, on trouve de la *dégénérescence graisseuse* du cœur, qui est la cause de la mort si rapide de la malade. »

---

(1) Chez trois malades mortes subitement, Lacassagne a trouvé des fibromes de volume moyen, sans, par ailleurs, de lésions pouvant expliquer la mort (sauf quelques adhérences pleurales).

Holston (*New-York Med. Journ.* 1884.)

« Malade présentant depuis quinze ans un fibrome utérin, caractérisé par de violentes hémorrhagies et des poussées péritonitiques. Sa santé est relativement bonne, mais un jour, après une promenade, elle fut brusquement saisie d'une vive douleur dans la région de sa tumeur, et, cinq minutes après elle expirait.

« *Autopsie:* En ouvrant l'abdomen on trouve une quantité considérable de liquide grisâtre... Une volumineuse tumeur occupait la région iliaque droite... fortement adhérente aux parois abdominales et à l'intestin... En coupant cette tumeur on trouva que plusieurs de ses parties avaient subi la dégénérescence kystique. Une *perforation* fut trouvée dans la paroi de l'un de ces kystes, qui avait permis l'issue de son contenu dans la cavité abdominale. »

Dower (*New-York Med. Journ.*, 1884.)

« 36 ans. Douleurs lombaires depuis trois ou quatre mois. Matité cardiaque augmentée ; signes d'*insuffisance* et de *rétrécissement mitral.* La malade étant très affaiblie par les douleurs, les pertes et les hémorrhagies qui s'étaient montrées depuis quelque temps, on résolut de s'abstenir de toute intervention. L'état de la malade commençait à s'améliorer peu à peu, lorsque vingt-deux jours après son entrée à l'hôpital, elle fut prise *soudainement* d'une vive angoisse précordiale et mourut.

« *Autopsie :* Fibromes multiples. Congestion du poumon gauche. Lésions des *calcules mitrale et aortique.* Gros caillots de l'oreillette gauche. »

Péan (t. III, p. 275.)

« Mme B..., 36 ans. Présente au cours d'une grossesse des accidents abdominaux graves, dus à de l'obstruction intes-

tinale incomplète mais à répétition, due à des corps étrangers (noyaux de cerises). Elle avorte à quatre mois, se remet, mais, brusquement le docteur MYERLE fut appelé en l'absence de son confrère... Les battements du cœur étaient extrêmement faibles... Les extrémités étaient froides... l'intelligence restait intacte. Malgré une stimulation énergique, la malade mourut à 6 heures.

Autopsie: Pas de péritonite, mais gros utérus fibromateux. La mort avait été produite par le choc dû à la *rupture* d'un kyste de la face postérieure du prolongement le plus volumineux de la tumeur et au déversement de son contenu, dans la cavité péritonéale. »

GUINARD (*in* thèse Bazor.)

« Une malade, habitant Saint-Étienne, avait pris jour pour une hystérectomie abdominale. M. le professeur TILLAUX devait aller à Saint-Étienne y pratiquer l'opération lorsque, huit jours avant, la malade mourut. Cette femme, de constitution robuste, n'était *pas atteinte d'affection cardiaque.* »

GUINARD (*in* thèse Bazor.)

« Une dame, approchant de la cinquantaine, avait un volumineux fibrome qui ne se manifestait par aucun symptôme alarmant. Son beau-frère, médecin des hôpitaux, la conduisit à PÉRIER qui conseilla à la malade de garder un repos relatif en attendant la ménopause... La malade mourut huit jours après, en quelques heures, sur sa chaise longue, avec des phénomènes très nets d'embolie pulmonaire. »

GUINARD (*in* thèse Bazor.)

« J'ai observé, dans ma clientèle, une malade pusillanime, âgée de 32 ans, à qui, depuis dix ans, je conseillais une hystérectomie abdominale, pour un volumineux fibrome. Cette malade, arrivée sans encombre à la ménopause, souffrait

relativement peu de sa tumeur; elle n'avait plus d'hémorragies, et, depuis la disparition de ses règles, la tumeur diminuait assez notablement de volume ; elle gardait un repos relatif, allait chaque année faire une saison à Salies-de-Béarn. Elle ne manquait pas d'insister à chaque visite qu'elle me faisait, sur le bénéfice qu'elle retirait de ce traitement, et sur la satisfaction qu'elle éprouvait d'avoir évité une opération aussi grave que l'hystérectomie... On la trouva morte chez elle : elle n'avait *pas d'affection cardiaque.* »

VILLARD (inédite).

T. R..., 45 ans. Entrée à l'hôpital pour une adénite sus-hyoidienne.

La malade était porteur depuis plusieurs années d'un fibrome utérin qui, au moment de son entrée, dépassait d'un travers de doigt la symphyse pubienne. Cette tumeur n'avait jamais donné lieu à des symptômes graves, et la malade ne voulait pas en être opérée.

Elle fut prise assez soudainement d'une phlébite du membre inférieur droit. L'affection évoluait depuis une huitaine de jours, la température était tombée et les douleurs à peu près nulles, lorsque, brusquement, après un pansement et au moment où on la ramenait de la salle d'opérations à son lit, la malade succomba à une *syncope.*

Autopsie : Fibrome multilobé. Pas de caillots dans les veines iliaques ou fémorales. La tibiale postérieure droite est seule enflammée et oblitérée par un thrombus. Rien dans les vaisseaux pulmonaires. Aortite légère, *insuffisance tricuspidienne* marquée.

X

LA MORT PAR COMPRESSION URÉTÉRALE

« Soyez sur vos gardes, déclarait TERRILLON, quand une malade que vous savez atteinte de myome utérin se plaint de troubles gastriques, de vomissements..., ou bien quand elle accuse des étouffements, de véritables petites attaques d'asthme : tout cela, c'est de l'urémie, de l'urémie latente... »

Le conseil de Terrillon était judicieux : on a vu des femmes mourir d'urémie consécutive au développement d'un fibrome connu ou ignoré. Les observations n'en sont pas très nombreuses ; on a grand peine à retrouver une douzaine de cas bien avérés dans la littérature médicale de la fin du XIXe siècle, mais un grand nombre d'observations existent, où l'on voit une albuminurie préexistante disparaître à la suite d'intervention. D'autres, peut-être moins significatives, montrent des malades succomber après une intervention, à des accidents suraigus d'insuffisance rénale, dont le point de départ se trouve encore dans une altération préexistante des reins.

C'est MURPHY (de Londres), qui le premier, en 1849, a rapporté l'observation d'une malade *morte d'urémie* consécutive à la compression des urétères par un corps fibreux.

Gallard signalait cette observation dans ses *Leçons cliniques* (1873, p. 543), en déclarant le fait théoriquement possible, mais en pratique « excessivement rare ». Gallard a laissé passer inaperçue une très curieuse observation de Grellet de Fleurette, parue vingt ans plus tôt dans les bulletins de la Société Anatomique.

Depuis, un certain nombre d'observations ont été publiées, soit à l'étranger, soit en France.

Lee et Skene (1886), dans une communication à la Société obstétricale de New-York, Salin et Wallis (1887), dans l'*Hygiea*, Cabot (1887), dans le *Boston médical*, ont rapporté soit des faits d'*urémie post-opératoire* relevant de lésions anciennes, soit la description de pyélites, de pyélonéphrites ascendantes relevant d'une compression urétérale par tumeur fibreuse.

En France, la bibliographie est un peu plus riche. Fiaux (1843), Grellet de Fleurette (1853), Hanot (1873), Hubert (1873), Muzelier et Gombault (1874), Artaud, Ganzinotty (1883), Cabot (1887), Jouin (1892), Ozenne (1897), Lapeyre (1902), ont publié les observations de malades, qui toutes sont mortes urémiques, avec des fibromes enclavés ou non qui comprimaient leurs urétères.

D'autres auteurs ont rapporté des faits moins sombres. Ce sont des histoires de malades qui présentaient, *avant toute intervention*, une *albuminurie* plus ou moins marquée, généralement sans accidents urémiques vrais, malades chez lesquelles *l'intervention a fait cesser tout accident*. Pozzi, Jouin, Tuffier ont rapporté des faits de ce genre.

Inversement, Pozzi, dans un mémoire « Sur les altérations des reins consécutives aux corps fibreux de l'utérus », s'est demandé si certains cas de *mort rapide après hystérectomie* ne relevaient pas de *lésions rénales préexistantes*. Ayant trouvé, « à l'autopsie d'une femme atteinte de fibrome utérin non diagnostiqué et morte d'affection intercurrente, des uretères atteignant le volume d'un pouce et dont les parois étaient notablement épaissies », Pozzi, frappé du peu de réaction symptomatique de lésions aussi étendues, y voit la cause probable de nombre d'insuccès opératoires. Ces morts rapides, qualifiées shock, où l'anurie, les troubles cardiaques et respiratoires entraînent en quelques heures l'évolution fatale, ne sont peut-être que des morts par urémie.

Jouin (1887), Fraikin (1897), ont rapporté des faits à ce point de vue caractéristiques. Mais c'est à Rochet, (*Gazette des Hôpitaux*, 1893) que l'on doit le seul travail d'ensemble sur la question. Il est traité plus spécialement, dans ce mémoire, des indications opératoires légitimées par la notion de lésions rénales, au cours de certaines tumeurs abdominales.

Pathogénie.

Les accidents d'ordre rénal, provoqués par l'existence d'un fibrome utérin semblent, au premier abord, tenir exclusivement à la *compression des uretères*. La *dilatation* de ces canaux, la *dilatation* simultanée des *bassinets*, la distension secondaire du *rein*, sa transformation en une coque plus ou moins amincie, sont à relever, en effet, dans presque toutes les observations.

Et, de fait, c'est bien là le mécanisme le plus habituel : le fibrome, c'est généralement un fibrome à développement pelvien, écrase en se développant un uretère ou les deux contre la ceinture osseuse pelvienne. C'est au niveau du *détroit supérieur* que la compression s'exerce le plus souvent.

On sait combien *l'uretère résiste à ces compressions*. Toutes les fois que ses tuniques restent indemnes, que leur épaisseur n'est pas envahie par un tissu nouveau, à tendances rétractiles (comme c'est le cas pour le cancer), l'uretère lutte, hypertrophie sa couche musculaire et ne se laisse distendre que lentement. C'est très *lentement* aussi que le *rein réagit*, que l'insuffisante évacuation du bassinet favorise l'infection ascendante et, des papilles à la périphérie, que le rein se met à dégénérer. Il est frappant d'opposer la mort si fréquente et si rapide par urémie consécutive au cancer de l'utérus, au caractère *exceptionnel* des accidents d'ordre rénal dans les fibromes. Uteau (Thèse de Paris, 1903), a longuement insisté sur ces faits.

Hubert (Thèse de Bordeaux, 1898), a cherché par expérimentation à reconstituer le phénomène : huit lapins chez lesquels il exerçait, grâce à un dispositif spécial, une compression urétérale, lui ont présenté presque régulièrement une *distension du bassinet*, une *augmentation de volume* compensatrice de l'autre rein (1/3), et de l'*albuminurie*. Il s'agit, bien entendu, de compression et d'obstruction *incomplètes* du canal : la ligature et l'occlusion totale entraînant rapidement ou la mort si la ligature était bilatérale, ou l'atrophie du rein mis en expérience.

Mais *il n'est pas nécessaire que la compression s'exerce uniquement sur les uretères*. Doyen (Congrès d'Amsterdam, 1899) déclarait : « L'albuminurie survient dans certains cas de fibromes... comme dans certains cas de grossesses, *sans que le volume* de la tumeur ou la *tension* des parois abdominales paraissent avoir une *importance* étiologique absolue. Et si l'albuminurie est fréquente dans les cas de fibromes enclavés, nous l'avons vue chez des femmes atteintes de tumeurs fibreuses très mobiles et même de fibromes pédiculés ». L'explication de ces faits peut demeurer obscure. Mais, dans certains cas (Pozzi en relate un), la compression s'exerce non plus sur l'urétère, mais sur un point plus bas situé, de l'appareil excréteur de l'urine, *sur la vessie*. Et, comme dans certains faits d'hypertrophie prostatique, on voit la vessie faire de la rétention, se distendre, s'infecter, et la dilatation, l'infection des urétères, favorisées sans doute par la présence d'une volumineuse tumeur, suivre secondairement (1).

Y a-t-il en dehors de la compression des voies urinaires intra-abdominales un autre mécanisme à invoquer dans l'explication de certains accidents d'ordre rénal? C'est très probable, et la *gêne de la circulation* du petit bassin, peut-être *la compression* exercée directement sur les *vaisseaux du rein*, expliquent-ils certains cas mortels (voir l'observation de Ganzinotty) où les lésions rénales étaient nulles, avec une très faible distension urétérale. La pathologie du rein est fertile en obser-

(1) Voir au chapitre *Occlusion intestinale*, une observation de Fourestié dans laquelle l'urétère, distendu, communiquait librement avec la vessie très agrandie.

vations où les phénomènes d'ordre *réflexe* ont joué un rôle égal aux troubles d'*intoxication* proprement dits.

Symptômes.

Quels symptômes peuvent traduire l'influence nocive d'une tumeur utérine sur les fonctions rénales? Les formes cliniques sont extrêmement variables :

a) Il y a d'abord une série d'observations dans lesquelles tout se borne à de l'*albuminurie légère*. On la découvre par hasard en examinant à fond la malade; elle ne se traduira, avant ni après l'intervention, par aucun phénomène grave. L'albuminurie est peu intense; il n'y a ni oligurie, ni phénomènes urémiques. La présence d'albumine dans les urines demeure un fait d'ordre accessoire. Vraisemblablement, il s'agit ici soit de *compression passagère des urétères*, au cours de phénomènes congestifs de la tumeur, soit de *congestion rénale* également transitoire. Fait capital, on ne trouve jamais dans ces cas de cylindres urinaires.

b) Un deuxième groupe comprend les faits dans lesquels les symptômes offrent une gravité, une intensité croissante, telle qu'une *intervention* devient urgente, après quoi *tout symptôme fâcheux disparait*.

L'observation de Tuffier est véritablement trop typique à cet égard pour n'être pas citée. C'est l'histoire d'un « gros fibome utérin enclavé dans le bassin et ayant déterminé depuis trois jours ce que la malade

appelait une rétention d'urine, alors qu'il s'agissait d'anurie vraie, puisque la vessie fut reconnue vide. En même temps, état général grave, pouls petit, refroidissement des extrémités. Hystérectomie d'urgence et par le procédé le plus rapide. Dès le lendemain, la malade commençait à uriner passablement et, dès le cinquième jour après l'intervention, les urines étaient revenues à leur taux normal. »

L'histoire d'une malade de Poncet et Delore, présentée par Dauvergne à la Société des Sciences médicales de Lyon, offre le même intérêt. « Il s'agissait d'une malade de 55 ans, porteuse d'un fibrome diagnostiqué depuis 5 ans, et prise d'un accès de rétention aiguë ; malgré de vains efforts elle ne put uriner pendant plus d'un jour... la vessie était vide. Rapidement, l'état général s'aggrave, vomissements répétés, état dyspnéïque.

« L'examen des urines montre 3 grammes d'albumine par litre, sans éléments microscopiques anormaux. Après hystérectomie tout trouble disparaît. »

Ces deux observations sont suffisamment nettes. On en pourrait citer bien d'autres, si les chirurgiens publiaient plus volontiers les faits de cette nature.

Bérard, Rendu, Durand ont cité, à propos de l'observation précédente, une série de faits très analogues. Dans le cas de Rendu, l'albuminurie était montée à 0.47 centigrammes par litre, qui disparurent trois jours après l'intervention. La malade de Durand (1) dépassait de beaucoup ces chiffres ; immédiatement avant une

(1) Observation inédite.

hystérectomie pour gros fibrome sous-péritonéal, les urines contenaient 9 grammes d'albumine ; une très légère augmentation suivit l'intervention, puis tout retomba à la normale. Les urines avaient toujours été claires, il n'y avait pas pyélonéphrite.

Au total, ces cas ont une série de points communs : *le très faible retentissement des lésions rénales dans une longue période antérieure aux accidents*. On peut ne pas soupçonner l'albuminurie. Très rarement de petits signes du brightisme viennent donner l'éveil : œdème, céphalée, vomissements, troubles cardiaques peuvent faire songer aux urines et révéler la lésion. Exceptionnellement l'existence de troubles mentaux, liés sans doute à de l'anémie cérébrale légère, a pu faire découvrir un fibrome auteur de tout le mal. ELZHOLTZ (*Wiener klin. Wochensch.* 1898, n° 29), a rapporté l'histoire d'une fille de 40 ans chez laquelle un fibrome fit éclore « une mélancolie si profonde que deux fois la malade tenta de se suicider ». On lui découvrit un fibrome ; SCHAUTA l'en débarrassa et tout trouble mental disparut ! (1)

Mais brusquement la scène change, et des accidents graves éclatent. La malade est prise d'oligurie, ou d'anurie. Chez une malade de DOYEN, la quantité des urines émises par 24 heures était tombée à 250 grammes ; l'*anurie* était absolue dans les observations de TUFFIER, de PONCET (2). Les phénomènes les plus

(1) VINCENT insistait récemment (Soc. de Chir. de Lyon, 1904) sur les *psychoses anté-opératoires* de certaines fibromateuses.

(2) Voir sur ce début par brusque *anurie* le travail de FRAYSSE (de Bordeaux).

caractéristiques de la grande urémie peuvent se montrer, et la malade mourir avec la céphalée intense, les vomissements, les troubles de la vue, etc., constatés habituellement en pareil cas.

Mais qu'une *intervention* soit pratiquée *rapidement*, hâtivement, qu'on désenclave la tumeur, qu'on opère avec la même promptitude, la même simplicité que s'il s'agissait de lever un étranglement herniaire ; et la malade guérit, et guérit rapidement

Une seule interprétation est possible. Ces *lésions* rénales préexistantes sont *minimes* (néphrite légère, superficielle en quelque sorte) permettant dans les conditions ordinaires une dépuration à peu près suffisante.

Mais sous une influence variable, souvent méconnue, des phénomènes de *congestion* viennent aggraver, compliquer la situation rénale ; le rein devient *insuffisant*, et l'urémie éclate.

c) Il faut enfin grouper à part les faits cliniques sur lesquels Pozzi a le premier attiré l'attention : ce sont des malades chez lesquelles l'*intervention* a été décidée, en dépit ou en raison de troubles d'ordre rénal, et qui rapidement *succombent* à l'intervention, de shock, disent les uns, d'hémorragies, disent les autres, en réalité pour Rochet, d'*urémie post-opératoire*.

On retrouve chez tous ces malades en effet un certain nombre de symptômes caractéristiques.

La patiente offre une *agitation* singulière, des troubles *respiratoires*, un *pouls rapide*, des *vomissements* abondants, de fréquentes envies d'uriner. La terminaison

fatale est en général précoce et se montre le second ou le troisième jour.

Quelles sont *les causes* de cette *urémie post-opératoire?* La condition essentielle est, bien entendu, l'existence de lésions préalables du rein ; mais pourquoi la néphrite, à peu près tolérée jusque-là, éclate-t-elle en accidents mortels ?

Faut-il accuser un arrêt brusque et *réflexe* de la sécrétion rénale, une *destruction de l'épithélium* rénal par l'agent anesthésique ? Une sorte de congestion *ex vacuo* du rein secondaire à la déplétion brusque de l'appareil urinaire ? ROCHET ne conclut pas. Il déduit simplement des considérations ci-dessus la formule suivante : *toutes les tumeurs qui déterminent de la néphrite par compression urétérale doivent être opérées.* Si les lésions rénales sont peu avancées, la malade guérit à la fois de sa tumeur et de sa néphrite. Si les altérations rénales sont trop profondes, et si la mort survient, le chirurgien n'aura devancé que de très peu la terminaison fatale.

Les observations bien authentiques à ranger dans cette troisième catégorie d'accidents, ne sont pas très nombreuses.

Le fait suivant, rapporté par FRAIKIN (de Bordeaux), est en revanche un exemple à citer. Il s'agissait d'une malade porteur d'un fibrome diagnostiqué depuis un an. Les urines renfermaient quarante centigrammes d'albumine. L'hystérectomie abdominale est pratiquée ; le lendemain anurie et mort. Les reins présentaient des lésions de néphrite ancienne accusée. Et cependant les urines ne contenaient pas de cylindres. Mais on sait par

ailleurs, que ce symptôme urologique n'est pas absolument significatif.

On ne trouvera qu'un intérêt *rétrospectif* aux observations qui suivent : on sait aujourd'hui de quelle importance est la surveillance des fonctions urinaires. L'examen des urines doit être régulièrement pratiquée avant toute intervention, la certitude pour le chirurgien d'avoir affaire à de l'albuminurie par compression urétérale, est généralement une indication formelle à opérer. Il ne faut donc pas s'attendre à voir beaucoup de femmes, atteintes de fibrome, mourir de compression urétérale.

Le seul intérêt de ces observations consiste dans la *diversité des formes cliniques*. Chez toutes ces malades, il s'agit de tumeurs plus ou moins volumineuses, déjà anciennes (quatorze ans dans un cas, trois ans dans l'autre, quelques mois dans un troisième). Mais alors que chez la plupart l'albuminurie était connue depuis longtemps, chez quelques-unes les manifestations urémiques ont apparu assez soudainement. Dans le cas de Hanot, c'est une malade qui présente des « crises nerveuses singulières. » Dans celui de Grellet de Fleurette c'est une « asphyxie formidable » avec des intermittences où l'on peut reconnaître le Cheyne Stokes. Ailleurs enfin, les accidents urémiques éclatent brusquement, tuent la malade, sans que l'autopsie révèle de sérieuses lésions rénales, comme s'il existait de véritables urémies *sine materia*.

Ces diverses modalités de l'intoxication urémique nous sont bien connues aujourd'hui ; à la lecture, alors

que certaines de ces morts sont demeurées énigmatiques pour les auteurs mêmes qui les ont rapportées, le diagnostic nous est possible, et parfois même évident. Le mémoire de GRELLET DE FLEURETTE est, à ce propos, remarquablement démonstratif. On pourrait objecter que le manque d'examens microscopiques prive le lecteur d'un précieux moyen de contrôle. A dire vrai, ne regrettons rien : la terminologie des histologistes se modifie avec le temps; les méthodes se sont compliquées; les termes ont changé de valeur : nous ne nous comprendrions plus.

OBSERVATIONS

FIAUX (*Bull. Soc. Anat.*, 1843, p. 65.)

« L'A montre un utérus dans le corps duquel on trouve un grand nombre de tumeurs fibreuses dont une surtout à un volume énorme. La malade avait vu se développer, dans la fosse iliaque gauche d'abord, une tumeur qui refoulait les intestins de gauche à droite... Il survint une *hydropisie-ascite* avec *œdème* des membres inférieurs pour laquelle on pratiqua 18 ponctions... »

GRELLET DE FLEURETTE (*Bull. Soc. Anat.* 1853, p. 154.)

« 44 ans, début il y a seize ans... L'alimentation solide est devenue impossible; la dyspnée est extrême et présente des redoublements pendant lesquels la malade se couche et se lève alternativement; dans les reins douleurs symptomatiques; peu d'œdème aux extrémités inférieures; face amaigrie, ne présentant pas les signes de la cachexie cancéreuse... On assiste au développement lent des tumeurs; la *dyspnée*, l'orthopnée atteignent une intensité effrayante; le pouls

devient petit, irrégulier; la digestion des bouillons simples est à peine possible; la malade meurt avec tous les signes de l'inanition et de l'asphyxie, qui s'expliquent suffisamment par l'énorme compression que les tumeurs doivent exercer sur le canal digestif et les poumons.

« *Autopsie :* Enorme tumeur fibreuse de l'utérus. *Urétères dilatés*, surtout le gauche qui, contournant la partie antérieure de la tumeur pour rejoindre la vessie, se trouve comprimé entre le pubis et la tumeur. »

V. Hanot (*Bull. Soc. Anat.*, 1873, p. 180.)

« 40 ans. Les premiers symptômes datent de cinq mois. Hémorrhagies très abondantes. A son entrée, malade exsangue, abattue; la peau a une teinte cireuse; les muqueuses sont décolorées, le pouls est presque imperceptible... Pendant les onze jours qu'elle passe dans le service, la malade garde une température élevée (39°, 40°), un pouls à 120, des vomissements, des frissons, des crises nerveuses. Elle est prise à chaque instant de *crises nerveuses* assez singulières. Tout à coup elle se met à crier : « Maman! Maman! je vais mourir! », à grincer des dents, à agiter ses bras comme une femme énervée. Quand on lui demande si elle souffre, elle répond que non, si ce n'est un peu dans les talons.

« *Autopsie :* Utérus fibromateux développé dans l'épaisseur du ligament large gauche, ayant fortement déjeté à droite vagin et vessie. L'urétère gauche pour se rendre à la vessie, s'accole en y adhérant intimement à toute la portion gauche de la tumeur sur laquelle il forme comme un canal creusé à la périphérie. Les deux *urétères* comprimés par la tumeur ont un diamètre environ *quatre fois plus grand* qu'à l'ordinaire, et leurs parois ont triplé d'épaisseur.

« L'urétère gauche présente sur sa face interne des sortes de valvules conniventes limitant entre elles des culs-de-sac plus ou moins saillants en dehors : il est impossible de faire pénétrer directement un stylet dans la cavité du bassinet.

La substance des deux reins est criblée d'une multitude de petits abcès. » (A noter qu'à *aucun jour* on n'a pu constater d'*albumine* dans les urines. A noter également l'abaissement de la température dans les derniers jours.)

DOLBEAU et HUBERT (*Bull. Soc. Anat*, 1873, p. 876.)

« Il s'agit d'une femme qui, albuminurique depuis quelque temps, fut prise, il y a deux mois, de métrorrhagies fort abondantes. On aurait constaté facilement la présence d'une grosse tumeur utérine qui débordait notablement le pubis. Le toucher vaginal avait fait sentir une masse saillante qui paraissait proéminer dans l'intérieur de la cavité utérine. On essaya d'énucléer ce polype, mais sans y parvenir. La malade mourut deux jours après au milieu de *symptômes cérébraux* qui, peut-être, étaient en relation avec les lésions rénales trouvées à l'autopsie... Indépendamment des désordres causés par une maladie de Bright confirmée, on constata qu'il s'agissait d'un volumineux myome interstitiel qui avait poussé un prolongement entre les fibres de la lèvre postérieure du col de l'utérus. »

GOMBAULT et MUZELIER (*Bul. Soc. Anat.*, 1874, p. 848.)

« 48 ans. Entre dans le service pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes de sang dont l'origine remonte à 4 ans.

« Tumeurs multiples et arrondies, appréciables par la palpation au niveau de la fosse iliaque gauche ; utérus volumineux ; état longtemps stationnaire. La malade meurt après un an de traitement, après avoir présenté de l'albumine dans les urines, des épanchements dans les plèvres et un œdème généralisé. Environ deux mois avant la mort, on avait vu survenir des selles purulentes.

« *Autopsie :* Rein gauche atrophié : *bassinets* et *uretères distendus* par les urines ; rein droit congestionné, volumineux ; le bassinet dilaté renferme plusieurs calculs... L'utérus est

très volumineux, surmonté vers son sommet de bosselures arrondies qui répondent à des tumeurs fibreuses, dont l'intérieur renferme des cavités kystiques en voie de formation... En arrière, on trouve une communication par le trajet fistuleux qui unit le rectum à la face postérieure de l'utérus. Il y a là une vaste collection purulente qui s'est développée entre les deux organes et qui donne l'explication des selles purulentes. »

G. Artaud (*Rev. de Méd.*, 1883, p. 905.)

« A l'autopsie d'une femme atteinte de fibromyome utérin, on trouva l'*uretère* droit comprimé par le néoplasme et *distendu* au point d'atteindre le volume du petit doigt. Le rein correspondant était atrophié, pesant 95 grammes ; sa surface était lisse, sans granulations. La décortication était facile et la capsule n'entraînait pas avec elle de débris... A la coupe, diminution considérable du tissu glandulaire Rein du côté opposé : 260 grammes. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Poids du cœur : 320 grammes. »

Ganzinotty (*Rev. Médic. de l'Est*, 1883.)

« Malade de Bernheim. 36 ans. Début de l'affection remonte à trois ans. Métrorrhagies. Ménorrhagies. Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic (volume d'une grossesse de six mois). Enclavement léger. Entre le 4 janvier 1883. — 25 janvier. La malade accuse de l'hémicranie gauche, des douleurs passagères dans l'oreille droite. L'examen des urines (quantité et éléments anormaux) n'est pas pratiqué. — 26 janvier. *Vomissements* incessants et *cephalalgie* frontale. *Anurie* complète. — 28 janvier. Douleurs partant du cou, irradiées dans le bras droit. Intelligence nette, parole aisée. Anurie persistante. Vomissements. — 29 janvier. A six heures du matin, après avoir gémi assez fort à cause de ses douleurs de tête, pendant environ 5 minutes, elle tombe dans le *coma*. Elle ne parle

plus, n'ouvre plus les yeux, tient les poings fermés et émet une grande quantité d'urines involontaires... Par moments les quatre membres sont agités par une trémulence qui ne dure pas plus de cinq minutes... Perte de connaissance complète... pupilles égales... pas de strabisme... mais les yeux roulent et se convulsent... Les mâchoires sont serrées; les globes oculaires se meuvent latéralement ; les paupières restent demi-closes ; les pupilles sont dilatées. Les bras sont trouvés alternativement contracturés, puis dans le relâchement. Le coma persiste. Anurie. La respiration devient stertoreuse, bruyante, fréquente, irrégulière, tantôt calme, tantôt laborieuse. Par moments, apparaît un peu d'écume à la bouche... La malade succombe sans avoir repris connaissance, sans avoir présenté de cyanose, sans avoir eu de convulsions cloniques.

« *Autopsie :* La vessie est réduite à son minimum et ne contient pas d'urine. Le calibre des uretères est inégal des deux côtés. Il est diminué dans toute la position sous-jacente au détroit supérieur et présente deux millimètres et demi de diamètre. Au-dessus, il n'est pas le même des deux côtés : à gauche, le calibre est de 7 à 8 millimètres et le bassinet n'est nullement dilaté ; à droite, l'urétère est un peu élargi, aplati au-dessus du détroit supérieur sur une longueur de 4 à 6 centimètres : son diamètre est de 10 à 12 millimètres ; au-dessus de cette partie élargie et aplatie, le diamètre diminue et mesure en tous sens 8 millimètres. Le bassinet est très légèrement dilaté et contient un liquide clair. En pressant sur le bassinet, on fait couler du liquide dans l'urétère jusqu'au niveau du détroit supérieur où le liquide est arrêté ; il y a un obstacle à ce niveau, obstruction complète de l'urétère. Les reins sont normaux : ils se laissent facilement décortiquer : il n'y a pas d'altération visible à la coupe ; la structure est *normale* à l'*examen microscopique*. Intégrité absolue des centres nerveux et des autres organes.

« Cette observation est un exemple remarquable de ces cas

dans lesquels la compression est brusque, les symptômes urémiques précoces, sans altérations de l'appareil urinaire... Il s'est produit de l'anurie comme il s'en produit parfois dans la lithiase rénale, alors que des calculs s'engagent dans les uretères et qu'il en résulte une oblitération brusque et complète de ces conduits. »

Demars (*Bull. Soc. Anat.*, 1886.)

« La nommée Joséphine M.., 30 ans, entre salle Lisfranc, le 27 février 1886. Bonne santé habituelle; pas d'enfants, pas de fausses couches. Règles régulières depuis l'âge de 13 ans, durent de 7 à 8 jours. Depuis 18 mois, la malade urine fréquemment, se lève deux ou trois fois pour uriner; maux de reins. En même temps, métrorrhagies abondantes : la malade est toujours dans le sang. Il y a 5 ou 6 mois, oligurie : les urines sont claires; léger dépôt d'acide urique. Pas de constipation. Jamais de vomissements porracés; pas de douleurs abdominales. A son entrée, la malade est amaigrie; douleurs de reins très accentuées. La température oscille entre 38°5 et 40°. A l'examen du ventre, on sent une masse douloureuse médiane, dépendante de l'utérus. Douleurs dans les deux fosses iliaques. Pas de vomissements porracés. Par le toucher, les culs-de-sac sont douloureux, l'utérus se déplace mal. Pendant les cinq premiers jours de son entrée, la malade reste dans le même état : oligurie, albuminurie. La température reste élevée à 39°.

« Jusqu'au 13 mars 1886, la malade ne présente pas d'amélioration. Le 12 mars au soir, elle est prise de dyspnée, la face est cyanosée. Pas de vomissements, pas d'urines, pas de selles. Mort le 13 mars au matin : refroidissement à 36°5; dyspnée toxique, véritables accidents *urémiques*.

« *Autopsie :* On trouve les poumons sains, un peu de liquide dans la plèvre gauche. Péritonite suppurée (600 grammes de pus dans le petit bassin), ayant commencé certainement par l'orifice des trompes; les ovaires sont ramollis, jaunâtres.

L'utérus... présente les trois types de fibromes: un pédiculé, intra-péritonéal au niveau de son fond, quatre ou cinq fibromes interstitiels et un myome intra-utérin. On a, en somme, coexistence d'une péritonite suppurée et d'une néphrite interstitielle. »

CABOT (*Boston Med. and Surgic. Journ.*, 1887, p. 517.)

« Je vis une femme de 70 ans qui était affligée, depuis des années, d'une tumeur fibreuse de l'utérus, de volume modéré... Elle avait eu longtemps de la polyurie et, un an et demi avant que je la visse, à la suite d'une chute, elle eut une crise aiguë d'inflammation pelvienne, avec aggravation des symptômes urinaires. L'urine, à cette époque, se chargea de pus et, durant l'année qui précéda sa mort, elle urina plusieurs fois des particules phosphatiques. La douleur vésicale augmenta progressivement, la miction devint très fréquente, avec ténesme presque constant, et elle mourut d'*urémie* avec *anurie*.

« *Autopsie :* Un fibrome pesant quatre livres et demie se détachant de la paroi antérieure de l'utérus... bloqué par des adhérences inflammatoires très fortes... Vessie rétractée... *Uretères comprimés* par la tumeur au niveau du détroit supérieur, de sorte qu'au-dessus de ce point ils avaient des deux côtés le calibre d'un très gros crayon. Leurs parois étaient épaissies et congestionnées et, dans chacun, on pouvait voir un peu de pus... *Bassinets dilatés*, remplis de concrétions phosphatiques... Nous avions affaire à une obstruction des uretères par compression due à un fibrome utérin aboutissant à la pyélite et à la mort par pyélo-néphrite etanurie. »

JOUIN (Des divers types de métrites; leur traitement, 1892, p. 287.)

L'Auteur rapporte trois observations de compression des uretères par fibrome. Dans un cas, PÉAN refuse d'intervenir en raison de l'état de la malade, qui meurt deux mois plus tard.

Ozenne (*Journ. Méd. Paris*, 1897 ; analysé dans le *Journal d'Hayem*, 1897, p. 579.)

« 50 ans. Fibrome dont l'accroissement s'est fait lentement et sans avoir déterminé d'autres accidents que plusieurs poussées de congestion hémorroïdaire et des phénomènes d'obstruction intestinale, ayant cédé à l'administration de plusieurs lavements électriques. La malade est prise brusquement de violentes céphalées. Cinq jours plus tard, les douleurs vives ont disparu, la face est congestionnée, la température est normale. Quelques douleurs dans le flanc gauche. La malade tombe dans le coma, dix jours après le début des accidents et meurt 36 heures plus tard. »

Lapeyre (*Gaz. méd. du Centre*, 1902.)

Malade morte au cours d'accidents convulsifs simulant l'épilepsie (sans examen clinique préalable).

« *Autopsie :* Fibrome très volumineux, remplit complètement le petit bassin. Urétères gros chacun comme le pouce, surtout le droit ; ils se vident dès que la compression cesse. La vessie contient à peine quelques gouttes d'urine. Rein gauche hypertrophié ; bassinet et calices contiennent de l'urine ; ils sont dilatés, ont refoulé et aplati la substance rénale. Du côté droit, bassinet et calices énormes ; tissu rénal réduit à une mince couche aplatie par la pression du liquide retenu. Aucune lésion d'infection... »

Doléris et Alguet (*La Gynécologie*, 1903.)

Il s'agit d'une malade morte d'urémie aiguë à forme hémiplégique après ablation d'un utérus fibro-kystique. On trouva des lésions kystiques du rein sans compression urétérale. La coexistence des mêmes lésions dans le rein et l'utérus est singulière.

XI

LA MORT PAR OCCLUSION INTESTINALE

En 1873, GUÉNIOT présentait à la Société de Chirurgie un mémoire de A. FAUCON « sur une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes ». Ce mémoire renfermait une observation personnelle recueillie dans le service de BROCA et quatre autres cas signalés dans la littérature médicale; au total cinq observations. Quelques membres de la Société de Chirurgie s'étonnèrent d'un chiffre aussi peu élevé. DOLBEAU s'en déclara surpris : « Il me semble, disait-il, que nous avons à peu près tous observé des cas analogues. J'en ai vu plusieurs pour ma part. » DEPAUL avait également observé un cas du même genre; en réalité, il s'agissait d'obstruction chez une femme enceinte et porteur d'un fibrome; le diagnostic précis à faire eût peut-être été celui de rétroversion. Mais GUYON, dont la thèse d'agrégation renfermait trois des cas rapportés par FAUCON, tint le langage suivant : « Lorsque je traitai des corps fibreux pour ma thèse d'agrégation, j'avais par avance la persuasion que je trouverais bon nombre d'observations analogues à celles qui font l'objet du travail de M. FAUCON. Cet *a priori* ne se réalisa

pas. Malgré les recherches les plus minutieuses je ne trouvai que les trois cas qui sont dans ma thèse. J'avais pensé surtout que les corps fibreux de la paroi postérieure comprimeraient le rectum, que les anses intestinales pourraient s'enrouler autour du pédicule de certains polypes, mais je n'en ai trouvé aucun exemple. »

Cette curieuse scène méritait d'être rapportée ; elle montre bien la rareté réelle de certaines complications qu'*a priori* on aurait pu croire fréquentes. La statistique de Faucon ne s'est que très médiocrement étendue, bien que la compression par un fibrome des organes pelviens et en particulier du rectum soit un mécanisme pathologique des plus faciles à concevoir.

Cette complication, Stoltz déclarait ne l'avoir jamais rencontrée. Aux dires de Barnes, Peter Eade (de Norwick) l'aurait vue. Marc Sée aurait eu deux fois l'occasion de constater des symptômes d'étranglement interne chez des femmes atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus. C'est au moins ce qu'affirma en 1874 Leblond, dans un article qui fut audacieux en son temps, sur les indications de la gastrotomie dans les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Les observations rapportées par Faucon étaient les suivantes : un fait signalé par Duchaussoy dans son immense mémoire à l'Académie de médecine où huit cents faits d'occlusion sont rapportés ; un cas rencontré par Nélaton, dans lequel il fit sans succès l'entérotomie ; un autre cas de Hergott ; enfin une observation de Holdouse, et l'histoire d'une malade de Broca.

Deux ans plus tard, Fourestié publiait une nouvelle

observation, et Guéniot présentait à la Société de chirurgie un autre mémoire de Jude Hue (de Rouen) avec deux cas d'enclavement réductible de gros fibrome utérin.

Puis, les observations se font de plus en plus rares. Schwartz fait connaître, dans la *Revue de Chirurgie* de 1883, deux cas signalés à l'étranger. L'un de Knowley Thornton (1880), avec hystérectomie d'urgence suivie de mort ; l'autre de Zweifel (*Berl. klin. Wochensch.*, 1881), avec succès opératoire.

Qu'on ajoute aux noms précédents ceux de Lamarre, Routier, Kœberlé, Percy Paton et Delore et l'on aura la liste à peu près complète des auteurs auxquels la littérature médicale est redevable d'observations d'occlusion par fibromes. La littérature contemporaine n'en offre à peu près pas, et cela s'explique : la moindre ébauche d'obstruction est une indication formelle à opérer ; on ne laisse pas aux accidents le temps de se produire. On peut, en conséquence, imaginer que l'on rencontrera moins l'obstruction par enclavement, car ici les accidents offrent une marche lente et graduelle, que l'occlusion par brides où l'étranglement est soudain et d'emblée complet. C'est ce que disait, théoriquement sans doute, Doyen au Congrès d'Amsterdam : « La compression du rectum par un fibrome de moyen volume enclavé dans le petit bassin est rarement suivie d'accidents graves. Il n'en est pas de même dans l'étranglement intestinal vrai. Cet étranglement se produit le plus souvent dans les cas où il existe, en arrière de la tumeur, des brides et des adhérences inflammatoires ».

Pathogénie

L'occlusion intestinale secondaire à des tumeurs fibreuses utérines a pu être provoquée de diverses façons : une anse intestinale a pu se trouver pincée entre la tumeur et le bassin ; l'occlusion peut être due à des brides, des adhérences créées par la péritonite de voisinage au pourtour de la tumeur ; enfin, éventualité plus fréquente, le rectum peut être comprimé entre l'utérus et le sacrum.

Une mention spéciale est due aux tumeurs *enclavées* dont la bascule en arrière a fait naître une obstruction passagère, mais dont l'enclavement a cédé à la simple réduction par le toucher rectal.

a) *Pincement d'une anse grêle entre la tumeur et le bassin.* Dans deux cas, l'un de Cullingworth, l'autre de Routier, une anse intestinale fut pincée entre la paroi osseuse pelvienne et la tumeur fibreuse qui remplissait le petit bassin.

Quelle a été la pathogénie de l'accident ? comment cette anse s'est-elle laissé pincer ? la surface irrégulière, bosselée de la tumeur, facilitait-elle un pincement qu'on s'explique mal avec la surface ordinairement lisse, et la mobilité habituelle de ces tumeurs ? Y a-t-il eu enclavement et pincement simultanés ? Les observations sont muettes et ne signalent que le très *gros volume* des tumeurs. (1)

---

(1) Dans une observation de Picqué, où l'intervention fut suivie de guérison, l'occlusion fut la première et la seule manifestation clinique de la tumeur.

b) *Étranglement par brides ou adhérences.* Le mécanisme de l'occlusion est ici beaucoup plus général. Le mémoire de DUCHAUSSOY en contenait déjà de nombreux exemples et la chirurgie abdominale en a multiplié les observations.

Dans trois cas, il s'est agi, deux fois de brides péritonéales tendues, dans un cas de GINGEOT, entre la tumeur et l'appendice vermiforme, dans un cas de PÉAN, entre le fibrome et une tumeur kystique probablement ovarienne. Une malade de FERCY PATON, opérée en pleine obstruction et morte quelques heures plus tard, présentait un fibrome à pédicule rupturé par torsion. La tumeur avait continué à vivre à la faveur d'adhérences épiploïques; et c'est, semble-t-il, à l'existence d'adhérences entre la tumeur, l'épiploon, et le mésentère qu'il fallait rattacher les accidents d'obstruction.

c) *Compression du rectum ou de l'S iliaque.* Les faits dans lesquels l'occlusion intestinale a eu pour siège le rectum ou l'S iliaque (partie terminale), sont de beaucoup les plus fréquents et les plus graves.

Les plus *fréquents*, parce que, avec la vessie, le rectum est l'organe le plus immédiatement intéressé par l'accroissement de volume d'une tumeur intra-pelvienne, les plus *graves* parce que, ainsi que l'a fait très justement remarquer BŒCKEL, à propos de deux cas opérés sans succès, « en dehors des signes d'occlusion proprement dite, la compression au rectum par une tumeur... généralement peu développée, peut provoquer la *gangrène* de l'intestin. Et, fait digne de remarque, c'est lorsque cette tumeur est à peine soupçonnée, quel-

quefois même méconnue que les phénomènes d'occlusion avec les conséquences signalées se manifestent de préférence ».

Toutes les tumeurs solides pelviennes peuvent du reste jouer le même rôle et causer les mêmes accidents. H. DE BOYER, en 1873, présentait à la Société de Chirurgie, les pièces d'une mort par occlusion intestinale, dans laquelle l'agent d'étranglement était une volumineuse tumeur solide des ovaires.

C'est donc par *écrasement* entre le *sacrum* (ou, mieux, la paroi osseuse, inextensible du bassin), et la *tumeur*, que l'occlusion, l'étranglement interne se produit.

Mais pourquoi la tumeur, jusque-là tolérante, passe-t-elle brusquement à l'offensive ? Le rectum est fixe : on ne peut pas incriminer chez lui de changement de position, d'inflexion malencontreuse, de coincement entre le fibrome et les parois du bassin : tout vient de la tumeur.

Ce n'est point par son *brusque accroissement* de volume qu'elle agit. Dans un seul cas, celui de PÉAN, trouve-t-on signalé un accroissement de volume, expliqué par une *hémorrhagie* intra-kystique et l'existence d'un contenu chocolat ; mais il semble ici s'être agi d'hémorrhagie secondaire à 'étranglement et non primitive. Quant à la congestion simple, elle est incapable de telles modifications volumétriques.

La cause la plus habituelle est l'*enclavement*. Si dans le cas de DUCHAUSSOY, la tumeur agissait uniquement de son poids ; si dans les cas de BROCA, de HOLDOUSE, il existait de multiples adhérences entre le rectum et la tumeur, évoquant l'idée d'un mécanisme plus compli-

qué, dans la grande majorité des faits, dans les observations de Hergott, de Fourestié, de Broca, de Bœckel, il s'est agi d'*enclavement*.

Il y a là un phénomène très analogue à ce qui se passe dans la rétroversion d'un utérus gravide : dans les deux cas on trouve, en effet, une tumeur utérine, basculée en arrière, comprimant à la fois la vessie contre le pubis, le rectum contre la paroi sacrée : dans les deux cas, sans intervention rapide, même gravité dans les accidents de compression, avec le sphacèle possible et la péritonite qui lui fait suite régulièrement.

Quant aux raisons précises de cet enclavement, au mécanisme en vertu duquel l'utérus fibromateux bascule en arrière et se coince dans la concavité sacrée, elles nous échappent, et c'est là ce qui différencie grandement cet accident de la rétroversion d'un utérus gravide. Le renversement en arrière n'est jamais très accentué. De plus, le degré de *fixité* de la tumeur basculée est très variable avec les observations. Dans le cas de Hergott, on aurait pu très facilement, si l'on y avait songé, réduire la rétroversion par simple toucher rectal. Dans le cas de Fourestié, la tumeur se laissait facilement soulever. En revanche, dans les observations de Broca, de Holdouse, des adhérences anciennes jouaient un rôle évidemment capital dans la création et la fixité de l'enclavement.

Le *degré d'effacement* du conduit rectal varie de même avec les auteurs. Dans les cas de Nélaton, de Lamarre, l'obstruction n'était pas forcée par une sonde rectale. L'occlusion était en revanche incomplète chez la malade de Fourestié.

Symptômes.

Les *symptômes* communs à toutes les variétés d'étranglement interne consécutif à une tumeur utérine, n'offrent rien de spécial à ce mode d'occlusion.

Il serait oiseux d'insister et de faire ici le tableau parfaitement banal de l'occlusion intestinale.

Mise à part la notion préalable de tumeur utérine (qui manque quelquefois), l'occlusion se présente avec les mêmes caractères d'insidiosité, de lente installation, avec le même retentissement péritonéal, le même pronostic fatal que s'il s'agissait d'une occlusion par bride cicatricielle, diverticule de Mœckel, coudure de l'angle colique, etc.

Cliniquement, un point seul offre quelque intérêt. C'est *la lenteur* avec laquelle l'évolution fatale s'est faite dans les cas où l'on n'est pas intervenu.

Delore ne vit sa malade qu'au cinquième jour, Bœckel au septième. La malade de Holdouse mourut le dixième jour : celle de Lamarre, le onzième d'une occlusion telle que « la sonde rectale butait contre un obstacle infranchissable ! » Si dans un cas Bœckel intervint contre une occlusion suraiguë, constituée le matin même, habituellement les symptômes se sont montrés discrets, traînants au point qu'un médecin n'ait été que très tardivement appelé.

L'explication réside probablement dans la *notion de siège bas situé de l'étranglement*. C'est un fait déjà net pour les obstructions cœcales ; il est bien connu pour les occlusions consécutives au cancer du rectum ou de l'S iliaque.

Il faut signaler encore ce fait sur lequel insistait Dolbeau comme sur une donnée nouvelle et qui nous est aujourd'hui bien connu : la fréquence de la *réaction péritonéale*. Une de ses malades présentait « un corps fibreux qui obstruait le rectum au point d'arrêter le cours des matières. Et ce que je tiens surtout à faire remarquer, disait-il, c'est que ces fibromes déterminent presque toujours de la péritonite ; une malade mourut autant de péritonite que d'occlusion. »

On retrouve la *péritonite* dans tous les cas mortels. Péritonite par transsudation microbienne, si l'on peut ainsi s'exprimer, péritonite parente de celle qu'offre l'étranglement herniaire non opéré, péritonite locale d'abord, secondairement généralisée, quand il n'y a pas, pour en donner une explication plus immédiate, *sphacèle de la paroi* et *perforation*. Dans le cas de Routier, c'était une plaque dont la coloration jaunâtre avait frappé l'opérateur au cours de l'intervention, plaque jaune à laquelle correspondait une perforation à l'autopsie. Dans les deux cas de Bœckel, une fois c'est « une coloration grisâtre, un aspect terne du péritoine de revêtement rectal ; » une autre fois les lésions de sphacèle sont encore plus avancées « le péritoine présente une coloration grisâtre, et, sur les 5/6 de la circonférence de l'intestin, existe seul : muqueuse et tunique moyenne ont été rompues. » C'est enfin le cas de Holdouse où « la tumeur avait en plusieurs points détruit la paroi rectale et faisait une légère saillie dans sa cavité. »

C'est insister suffisamment sur les caractères un peu spéciaux, sur les différences de détail qui méritent à

l'« *occlusion par fibrome* » une place à part dans le grand chapitre chirurgical des occlusions. La lecture des observations vaut mieux que tout commentaire; ce sera cependant raison que de souligner en terminant ce fait que la compression exercée sur le rectum n'est pas tout dans la pathogénie de l'occlusion ; ainsi que disait fort judicieusement GUÉNIOT en manière de conclusion :

« Dans la gravité des accidents concourent aussi dureté et accumulation des fèces; péritonite et brides péritonéales; ulcérations de l'intestin ; atonie intestinale due à l'abus des opiacés. » GUÉNIOT paraît n'y voir que des complications de l'étranglement interne, mais nous savons aujourd'hui que la gravité de l'occlusion est toute faite de cela.

Les observations réunies dans les pages qui suivent sont celles auxquelles, continuellement, il a été fait allusion dans la description qui précède. Toutes se sont terminées par la mort, qu'il y ait eu intervention ou abstention. Les raisons en ont été suffisamment exposées plus haut.

On y a joint trois observations analogues dans lesquelles l'*enclavement a cédé* à de simples manœuvres de *réduction manuelle*. RINGLAND semble avoir le premier attiré l'attention sur des faits de cette nature. KIDD se flattait d'en avoir rencontré souvent. JUDE HUE (de Rouen), en a présenté deux observations à la Société de Chirurgie. Leur lecture laissera sceptique. Dans l'une, en particulier, il est question d'obstruction telle « que la malade, en proie à des idées de suicide, était obligée pour se procurer quelque soulagement d'extraire, à

l'aide du doigt, les matières qui encombraient son rectum (!). La tumeur refoulée vint proéminer à l'hypogastre, où elle fut maintenue à l'aide d'un pessaire en bilboquet et tous accidents cessèrent (!) ».

Sans partager le mépris qu'affectait Bouilly pour les « *fibromes de province* », le doute est permis ; il y a plus de constipation que d'étranglement dans l'histoire de Jude Hue, mais l'observation demeure intéressante : c'est le prologue du drame dont l'occlusion est le dénouement.

OBSERVATIONS

A. — Occlusion par pincement d'une anse intestinale.

Routier (*Bull. et Mém. Soc. Chirurg.*, 1896, p. 487.)

« 49 ans. Signes d'*occlusion* depuis huit jours. Abdomen énorme du fait d'une grosse tumeur fibreuse remontant haut au-dessus de l'ombilic et aussi du fait du météorisme. Il n'y avait pas de gaz depuis cinq ou six jours, et l'urine était fort rare depuis la veille. Le pouls était petit, misérable, rapide (120), la langue sèche, cornée.

« Hystérectomie totale : au cours de l'opération je crus voir sur une anse qui descendait dans le petit bassin, une plaque jaune. Morte le cinquième jour de broncho-pneumonie infectieuse.

« *Autopsie : Perforation intestinale* sur le dernier segment de l'iléon, certainement au point où cet intestin plongeant dans le petit bassin avait été comprimé par le fibrome contre l'arête du détroit supérieur. »

Cullingworth (*Transact. Obst. Soc. London*, 1897, p. 282.)

L'A. signale un cas de fibrome ayant produit de l'*obstruction* intestinale et la mort deux ans après la ménopause.

B. — Étranglement par bride ou adhérences.

Bémier et Gingeot (*Bull. Soc. Anat.* 1859, p. 60.)

« L'A. fait voir une tumeur du corps de la matrice ayant déterminé des signes d'ileus chez une femme de 49 ans... Elle était sujette depuis deux ans à des pertes abondantes et répétées et présentait depuis huit jours au moment de son entrée des symptômes d'*occlusion intestinale*. La constipation finit par céder sous l'influence de l'huile de croton, mais ne tarda pas à être compliquée par une diarrhée colliquative qui emporta la malade.

« *Autopsie :* Tumeur du corps utérin grosse comme une tête d'enfant... A droite et en haut elle présente une double adhérence établie au moyen d'une *bride* avec l'appendice iléo cœcal et avec l'intestin grêle. Il en résulte deux sortes d'anneaux dans lesquels a pu s'engager momentanément une anse intestinale. » Besnier admit « que c'est la tumeur utérine elle-même qui a pu établir par compression un obstacle temporaire au cours des matières. »

Péan (t. III, p. 281.)

« Alphonsine T..., 49 ans, entrée dans le service de Gérin-Roze... A son entrée, métrorrhagie qui dure depuis dix jours et empêche de pratiquer le toucher vaginal, vu l'abondance des caillots. Faciès coloré. Peu d'amaigrissement. Constipation habituelle.,. Au palper, tumeur irrégulière et bosselée qui envoie des prolongements dans les deux fosses iliaques surtout à droite... mobile avec l'utérus.

« *Autopsie :* Fibromyome du fond de l'utérus, de la grosseur d'un poing. A gauche de l'organe, tumeur ayant 0 m. 30 de circonférence et émergeant du fond du bassin ; trompe à sa surface ; paraît développée aux dépens de l'ovaire ou du ligament large. A la coupe, liquide de couleur chocolat. Une *bride* fibreuse de 9 cent. 1/2 de long sur un millimètre de

diamètre va du kyste à la tumeur utérine à la façon d'un pont. Au-dessous d'elle est engagée une anse comprimée en ce point entre la bride et la tumeur, et qui a déterminé l'*occlusion intestinale*, cause de la péritonite. Le fond de l'utérus renferme plusieurs tumeurs à caractére fibrokystique. »

Fercy Paton (*Brit. Med. J.*, 17 janv. 1903.)

« 48 ans. Phénomènes d'*obstruction intestinale* qui se sont répétés plusieurs fois. Une tumeur volumineuse occupait le bas-ventre et atteignait presque l'ombilic : tumeur ovale, dure, mobile. A l'examen, on sentait à la surface de l'utérus, plusieurs petits fibromes, mais rien ne révélait une connexion entre la grosseur et l'utérus.

« *Laparotomie :* La tumeur est adhérente au mésentère et à une grande étendue de l'intestin. L'état général était grave... Mort quelques heures plus tard.

« *Autopsie :* Fibrome du poids de 5 livres complètement détaché de l'utérus sur lequel on pouvait voir des traces d'insertion. La tumeur était adhérente au mésentère sur 0 m. 60 de long et sur une longueur égale de l'intestin grêle. Les rapports étendus avec le mésentère et l'épiploon expliquent comment par des connexions vasculaires nouvelles le fibrome continuait à vivre. »

L'A. considère cette transplantation comme très rare.

C. — Occlusion par compression rectale.

Duchaussoy (*Mém. Acad. de Méd.*, 1860.)

« L'A. cite le cas d'une femme chez laquelle l'*étranglement* du rectum était produit par un fibrome qu'il suffit de déplacer pour faire cesser les accidents. La tumeur agissait simplement par son poids. »

Nélaton (Cliniques, 1853, et thèse de Guyon.)

« Le fibroïde remplissait l'excavation pelvienne et comprimait à la fois le col de la vessie et l'intestin. Des sondes introduites dans le rectum ne purent franchir l'obstacle. On pratiqua un anus artificiel. La malade mourut le huitième jour. »

Hergott (*in* Mémoire de A. Faucon.)

« Femme qu'on tente d'opérer par la gastrotomie d'un fibroïde qui provoquait des accidents d'*obstruction intestinale*. L'opération ne put être achevée et la femme mourut le lendemain.

« L'*autopsie* montra que la tumeur remplissait étroitement le petit bassin et qu'elle avait pour siège le fond de la matrice. Celui-ci avait été infléchi en arrière et en bas, mais on pouvait aisément le redresser en glissant la main de bas en haut entre la tumeur et la face antérieure du sacrum. Cette manœuvre ayant été négligée dans le cours de l'opération, tous les efforts d'extraction étaient demeurés infructueux. »

Holdouse (*Trans. of path. Soc. of London*, t. III, p. 271.)

« Depuis deux ans, symptômes de dysenterie lorsque se manifestent les accidents de l'*étranglement*. Après une infructueuse thérapeutique médicale, colotomie lombaire. Mort au bout de dix jours. Quatre tumeurs adhéraient à l'utérus ; trois d'entre elles étaient des fibroïdes et la quatrième un kyste de l'ovaire gauche. Les deux plus volumi neuses appuyaient sur le rectum auquel elles adhéraient intimement : elles avaient même en plusieurs points détruit ses parois et faisaient une légère saillie dans sa cavité. On trouve en outre une adhérence étendue de l'iléon au colon. Ces deux intestins avaient été ouverts ainsi que le péritoine par le bistouri de l'opérateur. »

Broca et Faucon (*Bull. Soc. Chir.*, 1873, p. 479.)

« La malade offrait des accidents graves d'*occlusion* intestinale, accidents dont on reconnut aisément la cause dans la présence d'un fibroïde utérin qui comprimait le rectum. Au quatrième jour survinrent des vomissements fécaloïdes. Colotomie lombaire. Mort 50 heures après.

« *Autopsie* : Les anses intestinales étaient reliées entre elles par des adhérences anciennes et formaient une masse assez compacte. Le fibroïde qui comprenait le rectum était inclus dans la paroi postérieure de l'utérus et d'un volume nullement en rapport avec l'intensité des accidents. »

Dolbeau (*Bull. Soc. Chir.*, 1873, p. 479.)

« Je suis surpris que Guéniot n'ait trouvé que 5 observations analogues. Il me semble que nous avons tous à peu près observé des cas analogues. Pour ma part, j'en ai vu plusieurs et, entre autres, une femme que je soignai avec mon ami le docteur Voisin, médecin de la Salpétrière. Un corps fibreux obstruait le rectum au point d'arrêter le cours des matières fécales. Ce que je tiens surtout à faire remarquer c'est que ces fibromes déterminent presque toujours de la *péritonite* et notre malade mourut autant de la péritonite que de l'occlusion intestinale. »

Depaul (*Bull. Soc. Chir*,, 1873, p. 482.)

« Il y a 15 ans, je fus appelé à Laon pour une jeune femme qui présentait les phénomènes de l'*étranglement interne* Une grossesse fut diagnostiquée ; on fit avorter la femme qui guérit. »

Fourestié (*Gaz. Méd. de Paris*, 13 février 1875.)

« Observation recueillie dans le service de Féréol. Myome utérin de la grosseur du poing, ayant occasionné la rétroversion de l'utérus, la compression du rectum et de la *vessie*.

Par le toucher rectal, on constate que la tumeur n'exerce sur le rectum qu'une compression modérée, car on peut le soulever facilement. Paralysie de l'intestin par distension excessive. Météorisme ayant nécessité de fréquentes ponctions capillaires. Mort.

« *Autopsie :* Gros intestin distendu par des gaz et ayant atteint les dimensions d'un estomac. Autour des piqûres pratiquées sur l'intestin, plusieurs traces d'inflammation et même, sur le colon descendant, dans les mailles du grand épiploon, un épanchement de matières fécales. La vessie forme une poche plus grande que l'estomac et remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; l'*uretère* gauche est gros comme le petit doigt et communique librement avec la vessie et le rein ; celui-ci est fortement hyperémié et contient deux abcès. L'uretère droit, aussi augmenté de volume, ne communique plus avec le rein qui a disparu. Le rein droit est représenté par une tumeur fluctuante égalant 5 ou 6 fois son volume normal et ne contenant guère que du pus. »

LAMARRE (*Bull. Soc. Anat.*, 1883, p. 209.)

« 53 ans. Jamais de métrorrhagies ; règles apparaissant seulement tous les deux mois. Un an auparavant, après une chute qu'elle fit en marchant, cette femme qui n'avait auparavant aucune tendance à la constipation fut prise de tous les accidents de l'étranglement interne (vomissements fécaloïdes, etc.). Aucun trouble de la miction. Depuis cette époque sensation habituelle de pesanteur dans la fosse iliaque gauche, palpitations fréquentes parfois accompagnées de défaillances ; insomnies sans cause connue, mais jamais de constipation ni de dysurie.

« A été prise à nouveau d'accidents d'*occlusion intestinale :* constipation absolue, douleur et ballonnement de l'abdomen, vomissements fécaloïdes.

« Aspect grippé. Vomissements tous les quarts d'heure.

Depuis huit jours, ni matières, ni gaz. Abdomen distendu. Le toucher-palper combinés donnent la certitude de l'existence d'un énorme corps fibreux développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus.

« La sonde œsophagienne introduite par l'anus est arrêtée au niveau du promontoire. On renonce à la laparotomie vu l'altération de l'état général. Anurie absolue les trois derniers jours. Mort.

« *Autopsie :* tumeur fibreuse du poids de 1,100 grammes insérée par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire sur le fond de l'utérus. *Pédicule tordu* sur lui-même de droite à gauche comme si le grand diamètre avait été autrefois vertical, puis se serait par la suite incliné à gauche pour devenir transversal. Adhérences péritonéales anciennes. La vessie est aplatie entre le fibrome et le pubis et un peu déjetée vers la fosse iliaque gauche. Les urétères sont comprimés au niveau du détroit supérieur, néanmoins non dilatés. Toute la masse intestinale est aplatie surtout le gros intestin. *L'S iliaque* directement en contact avec la tumeur est *comprimée* fortement au détroit supérieur. Les parties situées au-dessus sont très dilatées : on constate dans leur intérieur quantité de matières demi-liquides. »

Bœckel (*Rev. de Gynéc.*, 1899, p. 482.)

« 45 ans. Amenée à l'hôpital le 29 décembre 1894 pour une *occlusion intestinale* suraiguë, datant du matin, caractérisée par un météorisme énorme et des vomissements stercoraux. Le médecin de la malade la dit atteinte depuis 7 ans d'un fibrome utérin qui, dans les derniers mois a grossi au point d'atteindre les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

« *Laparotomie :* trois tumeurs fibreuses, à base sessile, sont implantées sur le fond de l'utérus. La plus grosse, située du côté gauche, a les dimensions d'une tête d'adulte ; les deux autres situées du côté droit, sont grosses comme une tête de

fœtus à terme. L'S iliaque a été fortement comprimée : elle est bleuâtre et le péritoine qui la recouvre est terne. Cependant, après extirpation du fibrome, je peux facilement faire circuler les gaz du bout supérieur dans le bout inférieur. Mort le troisième jour.

« *Autopsie :* péritonite généralisée et gangrène de toute l'S iliaque. »

BOECKEL (*Rev. de Gyn.*, 1899, p. 481.)

« 53 ans. Vue le 25 septembre 1895. Elle est atteinte depuis sept jours d'*occlusion intestinale*. Il y a un an, pelvipéritonite consécutive à une salpingite ; depuis lors règles très abondantes avec caillots.

« Le 18 septembre elle eut, à la suite d'ingestion de prunes, des douleurs de ventre très intenses avec vomissements et diarrhée.

« Le lendemain se déclare une constipation qui dure toujours. Pouls petit, subfréquent. Ventre uniformément ballonné ; le maximum de tension se trouve dans la région du colon descendant et du colon transverse.

« Le toucher vaginal montre un utérus volumineux paraissant être le siège en arrière d'une tumeur qu'on n'apprécie que difficilement à cause du météorisme.

« La cause de l'occlusion paraît résider dans une bride à cause de la péritonite antécédente.

« *Laparotomie :* je constate, en plongeant la main dans le petit bassin, que l'utérus notablement agrandi, peut seul être la cause de l'occlusion. Je l'attire au dehors et vois qu'il s'agit d'un utérus fibromateux, gros comme une tête de fœtus à terme. L'intestin, de l'extrémité supérieur du rectum jusqu'au niveau du colon descendant, c'est-à-dire toute l'anse sigmoïde, présente des traces de compression violente. Sur les 5/6 de sa circonférence, jusque près de l'insertion du méso, il présente une coloration grisâtre. Le péritoine seul existe encore à ce niveau, les tuniques moyenne

et interne paraissent rompues. La *gangrène* est donc bien établie, la compression exercée par la tumeur utérine seule peut être incriminée. Hystérectomie subtotale. Anastomose entéro-rectale. Mort le troisième jour. »

X. Delore (Inédite.)

« 45 ans. Pas d'enfants. Entrée dans le service de M. le professeur Poncet le 11 juillet 1900, pour des accidents d'*occlusion intestinale*. Elle raconte que, depuis plusieurs années, elle est atteinte d'une constipation opiniâtre et qu'elle éprouve de grosses difficultés pour aller à la selle, qui cèdent seulement à l'emploi de lavements purgatifs répétés. En outre, elle accuse des métrorrhagies assez abondantes, surtout dans ces deux dernières années. Au moment de son entrée, l'attention est attirée par un ballonnement généralisé de l'abdomen, semblable à celui qu'on remarque à la deuxième période de l'occlusion intestinale. La malade a des vomissements verdâtres depuis cinq jours ; il y a arrêt complet des gaz et des matières depuis trois jours. Les urines sont diminuées de quantité. Le pouls oscille entre 90 et 100. La température est normale Facies mauvais. Au toucher vaginal, gros col utérin ; mais les renseignements sur l'utérus sont bien vagues en raison du météorisme. Par le toucher rectal, on sent par contre dans le Douglas, une masse dure constituée par l'utérus fibromateux enclavé en ce point. L'état étant resté sensiblement le même le lendemain, malgré une purgation et un lavement et l'application continue de la glace, on se décide à une hystérectomie abdominale totale avec castration double, après avoir posé le diagnostic d'occlusion intestinale par compression du rectum par la tumeur utérine, et paralysie intestinale secondaire.

« La *laparotomie* montre la dilatation considérable de toutes les anses intestinales, y compris le cœcum et l'S iliaque. La séreuse est déjà dépolie, rouge vernissée en certains points.

Malgré les recherches on ne rencontre pas de causes d'occlusion, telles que volvulus, adhérences, coudures, etc. ; il n'existe pas davantage de lésions inflammatoires, en particulier, ni salpingite, ni appendicite. Mais l'utérus fibromateux du volume d'une tête d'adulte a *basculé* dans le Douglas dont il a épousé la forme, sans y contracter néanmoins des adhérences. En présence de cette constatation, l'*hystérectomie* abdominale totale est pratiquée aussi vite que possible, malgré les difficultés créées par la distension abdominale. Le tout est terminé par un tamponnement, drainage abdomino-vaginal destiné à prévenir la péritonite menaçante. L'anesthésie avait été assez difficile, et l'opération fut compliquée à deux ou trois reprises par la sortie des anses intestinales distendues. La malade mourut de péritonite le 17 juillet.

« *L'autopsie* a démontré l'absence de toute autre cause d'occlusion. »

D. — Menaces d'occlusion par compression du rectum. Réduction.

JUDE HUE (de Rouen) (*Bull. Soc. Chir.* 1875, p. 596.)

« 39 ans. Tumeur constatée depuis dix ans. Après une longue période de douleurs, pesanteur lombaire et constipation, il se produisit une *obstruction* de l'intestin telle que la malade, torturée de douleurs névralgiques, confinée dans son lit et en proie à des idées de suicide, était obligée pour se procurer quelque soulagement d'extraire à l'aide du doigt les matières qui encombraient son rectum (!). Le toucher fit sentir une masse arrondie légèrement bosselée, d'une dureté presque osseuse et qui, refoulant le col utérin contre le pubis, aplatissait le rectum en arrière contre la face antérieure du sacrum... On pratique le *refoulement* de la tumeur qui finalement se dégage au-dessus du détroit supérieur et vient proéminer à l'hypogastre où elle est maintenue à l'aide d'un pessaire en bilboquet et d'un bandage en T. »

Jude Hue (*loc. cit.*)

« 47 ans. Souffre depuis deux ou trois ans de constipation et diarrhée. Depuis quelques mois constipation marquée et troubles vésicaux. La malade ne pouvait faire une promenade de cinq minutes sans être tourmentée par le besoin d'uriner, et souvent elle n'avait conscience ni du commencement ni de la fin de cette miction. » L'A. constate l'existence d'une tumeur solide ayant le volume d'une grossesse de 5 mois « aplatissant tellement le rectum que le doigt introduit dans sa cavité ne pouvait pénétrer au delà de l'obstacle. » *Refoulement digital.* Guérison.

G. Kidd (*Journ. des Sc. Méd.* Dublin, 1872.)

« 45 ans. Depuis cinq mois a souffert fréquemment d'une rétention d'urine et cinq fois a dû être sondée... Une tumeur fibreuse émane de la paroi postérieure de l'utérus, siège dans la concavité du sacrum et repousse la matrice contre le col de la vessie. En introduisant un ballon de Barnes dans le rectum, la tumeur est refoulée et « pour la première fois la malade se plaignit de se sentir dans le ventre une tumeur qu'elle n'avait pas autrefois. »

Kidd déclare à ce propos avoir vu un nombre très considérable de cas de même genre.

XII

LA MORT PAR COMPRESSION ET SPHACÈLE DES VISCÈRES PELVIENS

Les tumeurs utérines peuvent exercer, probablement en dehors de tout phénomène inflammatoire, ou avec un processus infectieux réduit au minimum, une action remarquable sur les organes avec lesquels elles sont en contact. Par leur contact durable, par la compression qu'elles exerçaient sur les *parois* de l'*utérus*, sur le revêtement mou des *parois pelviennes*, sur la *paroi même de l'abdomen*, elles ont pu, dans des cas à la vérité exceptionnels, jouer véritablement un rôle de destruction lente, d'*usure*.

Utérus, vagin, vessie, parois abdominales ont pu être partiellement détruits, et cela avec une lenteur, une indolence, quelquefois une discrétion remarquables, jusqu'au jour où *l'ouverture dans le péritoine* d'une cavité naturelle, à contenu septique, a précipité le dénouement.

Il n'y a donc d'autres traits communs entre les observations réunies plus loin que ces faits, d'un caractère vraiment très général : *compression*, *usure lente*, puis *perforation* et *mort*. A titre de complication mortelle, elles devaient trouver place dans un travail d'ensemble sur « la mort dans les fibromes utérins ». Des accidents

aussi rares, aussi disparates que le sphacèle de la paroi abdominale ou la déchirure par un fibrome de l'intestin grêle au cours d'une chute, échappent à toute classification ; on ne s'étonnera pas de trouver ici des observations de ce genre simplement juxtaposées.

A. — Déchirure de l'intestin par un fibrome utérin.

Guyon et Courty *(Maladies de l'utérus)* ont rapporté une observation singulière d'Arnott, publiée vers le milieu du XIX[e] siècle : elle concerne une femme âgée porteur d'un fibrome calcifié du poids de cinq livres. La femme fit une chute sur l'abdomen ; le muscle grand droit et l'intestin furent simultanément déchirés ; la femme mourut de péritonite. C'est le seul exemple que la littérature médicale offre d'un accident aussi singulier.

B. — Sphacèle et perforation des parois abdominales.

Pinault (1828), Loir (1851), et Neuchsler (1866), ont rencontré chez trois malades porteurs de fibromes des accidents mortels, dus à la perforation des parois abdominales.

Dans les cas de Pinault et de Loir, c'est au voisinage d'une tumeur intra-utérine sphacélée, au moins superficiellement, que la paroi utérine s'était laissé sphacéler. Une perforation en était résultée, mais, grâce à la réaction péritonéale de voisinage, grâce au voisinage immédiat de la paroi abdominale (il s'agit, dans tous ces cas,

de tumeur implantée sur la paroi antérieure de l'utérus), des adhérences avaient eu le temps d'unir la tumeur à la paroi. Les phénomènes gangréneux se sont-ils étendus à la paroi, ou bien y a-t-il eu plus simplement ouverture à l'extérieur d'un foyer purulent, intra-péritonéal, développé au voisinage de l'utérus sphacélé? Les observations sont peu explicites.

Le fait de NEUCHSLER est plus singulier. Il concernait une femme chez laquelle un fibrome du poids de *trente-cinq kilogs*, gros « comme quatre têtes d'homme », distendait en énorme besace la paroi antérieure de l'abdomen. La malade portait sa tumeur depuis dix ans quand il se développa, au pôle inférieur de cette éventration géante, une plaque de gangrène; il y eut perforation et péritonite mortelle.

Avec DULL (d'Erlangen), qui a consacré sa thèse à cette observation, avec SCHROEDER et POZZI, qui, sans préciser, déclarent avoir observé un fait analogue, on peut estimer que dans ce cas la compression jouait le principal rôle, et que les phénomènes infectieux s'y sont montrés secondairement. Ce cas s'oppose ainsi nettement aux précédents.

C. — Sphacèle et perforation de l'utérus et du vagin.

LARCHER (1867) a consacré un long mémoire à une complication fort rare des fibromes utérins, à savoir « la rupture spontanée de l'utérus consécutive à l'existence de polypes » et réuni les observations qu'il a cru propres à étayer sa théorie. D'après lui, on pourrait

voir des polypes utérins accouchés dans le col qu'ils ont distendu en segment inférieur, déterminer par leur présence des *contractions utérines* assez violentes pour amener la rupture de l'organe. Et c'est ainsi que s'expliqueraient certains cas de péritonite généralisée, secondaire à la déchirure, à l'éclatement en plein péritoine du corps utérin distendu.

La théorie est séduisante : il lui manque seulement d'être confirmée par des observations. Or, il faut reconnaître d'abord l'extrême rareté d'observations de ce genre ; ensuite, les cinq ou six cas dans lesquels la rupture utérine n'a pas été une simple gangrène de voisinage consécutive au sphacèle de la tumeur, ont toujours présenté une longue période de perforation. Rien de la brusquerie qui devrait correspondre à la rupture soudaine d'un utérus distendu et contracté.

Un *long travail* a toujours précédé les accidents. La tumeur calcaire de Robert Lee avait déterminé pendant de longues années des douleurs atroces, avant de tomber dans le péritoine. Très lentement, dans un cas de Roux, une tumeur « au lieu de descendre dans le vagin, avait rompu en arrière et en haut la partie supérieure de ce canal pour se *chatonner* entre la matrice et l'intestin rectum ». L'étendue, la nature des adhérences qui se forment avant toute rupture nécessitent parfois un travail de plusieurs mois. Parfois même la mort est survenue par cachexie avant que la perforation ait le temps de se faire. Lisfranc, Marjolin ont vu des polypes devenir adhérents aux parois du vagin, déterminer ultérieurement l'ulcération de la cloison recto-vaginale et devenir saillants à nu dans le rectum. Axenfeld et

Renault, M. Clintock, Holdouse, Swiecicki (1) en ont rapporté des exemples. Une malade d'A. Pollosson mourut avec un polype largement fusionné à la paroi vaginale, et cela depuis de longs mois, sans que la perforation du rectum, éventuellement redontée, se soit produite.

Insister serait inutile : à lire les observations, on se convaincra qu'il serait imprudent de chercher une pathogénie commune à des accidents aussi divers. Leur singularité, leur gravité leur méritent une simple mention.

D. — Compression et perforation de la vessie.

1° La *compression simple* de la vessie est un phénomène très fréquemment signalé dans l'évolution des tumeurs pelviennes. Dans certains cas ce trouble est même le seul signalé. Les tumeurs de petit volume, celles qui occupent la face antérieure de l'utérus, et dans leur développement demeurent bien symétriques derrière la symphyse, sont les agents ordinaires de la compression. Volumineux en effet, les fibromes quitent le pelvis pour reposer sur la colonne ou dans les fosses iliaques; asymétriques, ils dévient la vessie vers un des flancs: il suffit de sonder systématiquement toutes les femmes

(1) La malade de Swiecicki avait 37 ans. On avait diagnostiqué chez elle un myome inopérable de l'utérus. Depuis un an, écoulement purulent par le rectum ; formation d'une fistule à l'anus. Le toucher rectal délimite un orifice sur la paroi antérieure et supérieure de l'ampoule rectale. L'intervention montre le myome en partie inclus dans le rectum.

chez lesquelles on a diagnostiqué un fibrome pour être frappé du fréquent *déplacement latéral* du grand axe vésical. Déviée latéralement la vessie échappe à la compression.

2° Parfois la compression ne s'exerce pas sur la vessie elle-même ; écrasée entre le pubis et la tumeur, la vessie s'énuclée, s'élève derrière la paroi abdominale; quel chirurgien n'a pas été frappé de cette ascension, et du danger qu'offrent dans toute hystérectomie abdominale les incisions prolongées trop bas ? La compression s'exerce alors sur *l'urèthre* coincé contre la symphyse, un peu comme dans le cas de pessaire mal choisi, et le ressaut qu'éprouve la sonde n'est appréciable qu'à quelques centimètres du méat.

Dans la plupart des cas, les conséquences de la compression se bornent à des troubles vésicaux : on voit se réaliser la *cystite* des fibromes. A peu de chose près, elle est conforme au tableau classique : fréquence des mictions, douleurs en urinant, pyurie terminale. Chez quelques malades, ces troubles effacent tous autres symptômes dus à la tumeur.

Une malade d'A. Pollosson avec un fibrome un peu plus gros qu'un poing, souffrait depuis dix ans de troubles vésicaux très comparables à ceux du prostatique.

Parfois la compression ne borne pas ses effets à la cystite ; et tout comme dans certains cas de retroversion, on assiste à la *distension vésicale*. La vessie remontait à la hauteur de l'ombilic dans l'observation de Fourestié, dans celle plus récente de Roche. Dans le cas rapporté plus loin de Vincent, Jamin put retirer *dix litres* d'urine, de la vessie distendue.

On en trouverait des exemples dans le travail de Pourrat, sur les complications urinaires des corps fibreux (1).

Quelquefois la distension de la vessie n'est que le premier temps de la distension de l'arbre urinaire. On a vu des *pyélites*, des *pyélonéphrites*, consécutives à la dilatation de la vessie, et en même temps de l'abouchement vésical des uretères. Dans tel cas rapporté plus loin, uretères et vessie constituaient un appareil béant dans toute son étendue. Mais des cas de ce genre relèvent plutôt de la mort par lésions urétérales, que par lésions vésicales (2).

3° Dans trois ou quatre cas on a pu voir la mort survenir dans les conditions suivantes. Une tumeur intra utérine ou accouchée dans le vagin, exerce sur la vessie soit directement, soit à travers la cloison vésico-vaginale, une compression assez intense, et surtout assez durable pour en amener la *perforation*. La compression entre la tumeur et la résistance osseuse du pubis est le fait principal : y a-t-il exclusivement *troubles trophiques?* est-ce à la faveur d'une infection, d'une infiltration purulente, suivie de sphacèle que la vessie se laissé perforer ? Les observations sont trop rares pour qu'il soit utile ou permis de serrer de près l'explication.

(1) Dans un cas de Caternault, la vessie écrasée entre le pubis et la tumeur était divisée en sablier, en deux poches superposées et très vastes, que le cathétérisme vidait successivement.

(2) Une observation fort curieuse de Villard, rapportée plus loin, montre un fibrome ayant déterminé, avec de la péritonite suppurée de voisinage évacuée à travers la paroi, une *pyélonéphrite double* et la destruction d'un rein.

Il semble cependant bien qu'un *trouble trophique* seul est capable de réaliser « cette ouverture dont les bords sont cicatrisés et arrondis » dont parle Dupuytren, « ces bords déchiquetés, amincis, usés, cet aspect d'usure » de la malade de Poncet.

Autre point important : sauf un cas où la mort survint par cachexie, toutes ces malades moururent de *péritonite*. La paroi vésicale lentement amincie ne s'est-elle rupturée que tardivement dans le péritoine, ou bien, avec un orifice constitué depuis longtemps, l'accolement intime de la vessie à la tumeur, favorisé peut-être par des adhérences anciennes, rendait-il hermétique la fermeture de l'appareil vésical à ce niveau ?

Quoi qu'il en soit, sauf dans le cas de Poncet rapporté par Deleuze, où la malade, aliénée, ne fournit aucun renseignement, sauf dans le cas de Vincent, où tout s'est borné à une constatation opératoire, la *péritonite* a toujours été *tardive*, la perforation vésicale existant depuis longtemps.

OBSERVATIONS

A. — Perforation des parois utérine ou vaginale.

Louis (*Mémoires de l'Acad. Roy. de Chirurgie.* T. II, p. 94. Edit. de 1819.)

« Une dame sentait depuis longtemps une pesanteur à la matrice, et il y avait trois ans qu'elle souffrait d'élancements avec un écoulement blanc qui ne discontinuait point. Six semaines avant sa mort, qui arriva le 27 du mois de mai 1744,

on lui tira avec des pinces à pansement un corps étranger qui s'était présenté au vagin. Cette concrétion qu'on fit voir à M. Levret était grosse et figurée comme un œuf de poule. Sa consistance était plâtreuse. Le lendemain on fit encore l'extraction d'un corps de même nature, mais plus petit. La consistance peu solide de ces concrétions semble montrer qu'elles n'étaient pas très anciennes... Pendant les derniers mois qu'elle vécut, les lavements et les excréments sortaient par le vagin.

« M. Verdier, qui fit l'ouverture du corps, trouva un ulcère gangréneux commun au vagin, au rectum et à l'orifice de la matrice ; le fond de cette dernière partie était assez sain. »

Roux (*Journal de Médecine*... Germinal, an X.)

« ... une tumeur très volumineuse qui, au lieu d'être descendue dans le vagin, avait rompu en arrière et en haut, la paroi postérieure de ce canal et s'était chatonnée entre lui et l'intestin rectum. Le tissu charnu de la matrice n'était nullement altéré. »

Marjolin (*Dictionn. en 30 volumes*, 1846.)

« Quelques praticiens et Lisfranc entre autres, ont trouvé des polypes devenus adhérents aux parois du vagin et même des polypes ayant déterminé l'ulcération de la cloison recto-vaginale et devenus saillants à nu dans le rectum. »

Robert Lee (*in* thèse Guyon.)

« Robert Lee a rapporté un cas où une tumeur calcaire de la paroi postérieure de l'utérus a déterminé pendant plusieurs années des tumeurs atroces, puis une péritonite mortelle par suite de la destruction de la paroi postérieure. »

AXENFELD et RENAULT (*Bull. Soc. Anat.*, 1872, p. 261.)

« 55 ans. Douleurs abdominales datant de deux ans ; augmentation considérable du volume de l'abdomen en deux mois, constatation d'une tumeur hypogastrique faisant saillie dans la partie droite de l'abdomen. Œdème marqué des membres inférieurs. L'état reste stationnaire pendant une dizaine de jours, puis la malade est prise de petits frissons, le soir. Six jours plus tard, la fièvre devient violente et s'accompagne de douleurs abdominales très vives. Puis la malade succombe brusquement.

« *Autopsie :* la cavité péritonéale renferme environ un litre d'une sérosité trouble et floconneuse.

« La matrice qui avait le volume d'une grosse orange était complètement transformée en tissu fibreux... A droite de l'utérus et dans la cavité abdominale on trouvait une autre tumeur sphérique de la grosseur d'une pomme, également fibreuse et tenant à l'organe par un pédicule fin... En arrière, le rectum était entièrement adhérent à l'utérus. On trouvait à la partie postérieure de cet organe une ampoule énorme tapissée par la muqueuse rectale ramollie, ulcérée.

« Le ramollissement et les ulcérations se continuaient jusqu'à l'orifice anal et le rectum était fortement dilaté dans toute sa longueur.

« Le point qui nous semble intéressant ici, était l'existence de deux lésions : tumeurs fibreuses d'une part, de l'autre altérations de la muqueuse rectale dont la nature n'a pu être exactement déterminée.

« S'agirait-il de phlegmasie chronique de la muqueuse ? »

B. — Compression et sphacèle des parois abdominales.

PINAULT (*Bull. Soc. Anat.*, 1828, p. 5.)

« Utérus développé comme une grossesse de six mois ; col dilaté à cinq francs. Corps mollasse d'apparence vasculaire

perceptible au toucher. Une escharre gangréneuse existait aux parois abdominales : cette escharre avait déterminé une perforation qui conduit jusque sur la face antérieure de l'utérus. Il y avait une inflammation circonscrite au péritoine et un vaste foyer purulent. M. Cruveilhier croit pouvoir affirmer que c'est un corps fibreux ou un polype fibreux ramolli et rappelle des cas analogues qu'il a eu l'occasion d'observer. »

C. Schroeder (*Maladies... de la femme*, 1886, p. 245.)

« Neugebauer (*Wurtemberg. Corresp. Bl.*, 36, 2, 1866, et *Schmidt's Jahrb.*, Bd. 133, p. 310) décrit un myome utérin ferme, pesant 35 kilogs, gros comme quatre têtes d'homme, et qui atteignit, au bout de dix années, un volume tel qu'il occasionna un ventre en besace pendant jusqu'au bas des genoux. En 1865, il se développa au pôle inférieur de cette poche un ulcère gangréneux qui amena promptement une terminaison fatale. » (Dull, d'Erlangen, a analysé longuement ce cas dans sa thèse inaugurale, en 1872.)

C. — Compression et perforation des parois vésicales.

Demarquay (*Bull. Soc. chir.*, 1858-59, p. 526.)

« Une jeune femme de 24 ans... est vue par Monod et Depaul... Ils reconnaissent l'utérus qui remplissait tout le petit bassin où il était comme enclavé et dépassait de deux travers de doigt la symphyse pubienne.

« L'état de la malade était inquiétant... fièvre et agitation continuelles... contractions utérines fort douloureuses... De plus, elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre; elle n'avait de sommeil ni jour, ni nuit. Elle éprouvait de grandes difficultés à aller à la garde-robe, on la soudait néanmoins avec assez de facilité... Il fut facile, à l'aide d'une éponge préparée, de dilater suffisamment le col utérin

pour bien étudier la position de la tumeur, de constater qu'elle était volumineuse et libre dans la cavité utérine et qu'elle prenait son implantation sur la paroi antérieure de cet organe... On constata ausssi que la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie avaient été perforées dans l'étendue d'une pièce de cinq francs et que la vessie se vidait en partie par l'utérus. Une partie de l'urine coulait encore par l'urèthre. Le doigt introduit en crochet dans la cavité utérine arrivait sur la symphyse pubienne. — Deux ou trois jours après la malade succombait aux suites d'une péritonite déjà ancienne et qui s'était généralisée en peu de jours.

« *A l'autopsie*, nous trouvons une péritonite généralisée et l'utérus enclavé dans le petit bassin. La paroi antérieure de cet organe et les deux parois de la vessie avaient été usées ou gangrenées dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, de sorte que le polype venait s'appuyer sur la symphyse pubienne et que l'urine s'écoulait en partie dans la cavité utérine. »

LISFRANC (*Cliniques de la Pitié*, 1843, p. 678.)

« J'ai vu un cas dans lequel la cloison vésico-vaginale a été perforée par une ulcération qui a permis à la tumeur fibreuse de descendre dans le canal utéro-vulvaire et de pénétrer dans la vessie. L'ouverture qui avait donné passage à cette tumeur s'était peut-être rétrécie ou bien le polype avait augmenté de grosseur dans le réservoir des urines, de telle sorte qu'il était impossible de la réduire. La malade mourut le lendemain du jour où je la vis pour la première fois : elle avait présenté des symptômes de lithiase urinaire.

« *Autopsie:* Pédicule implanté sur la face postérieure de la cavité du col à un centimètre au moins de profondeur. Il s'engage à travers l'ouverture pratiquée sur la cloison vésico-vaginale. Cette ouverture, dont les bords sont cicatrisés, est arrondie et oblongue. Son grand diamètre est

parallèle à l'axe du vagin, sa largeur est de 3 centimètres et sa longueur est de quatre. Le polype, situé dans l'intérieur de la vessie, offre la moitié du poing environ en volume. Il est macéré et très ramolli superficiellement ; d'ailleurs, son tissu est fibreux, la membrane muqueuse vésicale est enflammée, ulcérée, épaissie. »

Vincent (*Lyon médical*, 1896, t. 2, p. 432.)

« Malade de 41 ans, adressée par le docteur Jamin qui venait d'extraire en trois séances, environ 10 litres d'urine trouble. On constate l'existence d'un fibrome enclavé, impossible à mobiliser par le toucher vaginal. Compressions rectale et vésicale absolues. Hystérectomie abdominale ; on constate une gangrène de la paroi antérieure de la vessie ; on pratique la cystostomie. Mort le surlendemain. »

A. Poncet (*in* thèse Deleuze, 1901.)

« J. M., 40 ans. Trouvée sur la voie publique, est dans une démence absolue qui la rend incapable de fournir le moindre renseignement : son admission est motivée par une plaie sans gravité du pied droit.

« Etat général bon... fonctions intestinales régulières... mictions normales... mais, le soir et surtout la nuit, est fréquemment en proie à des accès de délire aigu nécessitant l'emploi de la camisole de force...

« A la suite d'une crise plus forte que les précédentes, l'état général devint brusquement assez mauvais ; la malade refusa la nourriture ; elle eut quelques vomissements, le ventre se ballonna légèrement, son exploration était très douloureuse et la température monta à 39°. Le surlendemain, l'état devint très grave, brusquement ; la température s'élève à 40° : faciès grippé, pouls petit, ventre très ballonné avec un peu de matité dans les flancs ; quelques vomissements porracés ; constipation absolue. Cependant les mictions continuent à s'effectuer spontanément et les urines ne con-

tiennent pas de sang. On diagnostique une péritonite.

« Laparotomie (par X. Delore). A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ un litre de liquide rougeâtre : le péritoine est enflammé et présente quelques fausses membranes ; pas de pus... Il est impossible de trouver la cause de la péritonite : la gravité de l'état général oblige à terminer rapidement l'intervention... on n'explore pas spécialement la vessie... Mickulicz... Pansement... Mort quarante-huit heures après le début des accidents.

« *Autopsie* : La cavité péritonale contient encore une certaine quantité de liquide rougeâtre ; il existe sur la séreuse quelques fausses membranes inflammatoires, mais le tube digestif et ses annexes sont sains.

« L'utérus est bourré de fibromes interstitiels durs, quelques-uns calcifiés, dont le volume varie de la dimension d'une noisette à celle d'une petite pomme. Explorant alors le cul-de sac vésico-utérin, on constate sur la face postérieure de la vessie, dans sa portion sous-péritonéale, une rupture complète de la paroi vésicale mettant ainsi en communication les cavités péritonéale et vésicale.

« La déchirure, dirigée transversalement, de forme linéaire présente environ 2 centimètres de longueur ; ses bords sont déchirés, amincis, usés, et cet aspect d'usure se remarque également sur tout le pourtour de la rupture. Dans cette portion de la vessie, sur l'étendue d'une pièce de 5 francs à peu près, la paroi est amincie, comme usée par un frottement continu du côté de sa face péritonéale qui est en contact avec un noyau fibromateux de l'utérus, sans qu'il existe cependant aucune adhérence entre les deux organes. A part cela, la vessie ne présente aucune lésion appréciable ; elle n'est pas distendue ; sa muqueuse est absolument saine. »

Villard (inédite).

M. P..., 46 ans. Pas d'enfants. Depuis une dizaine d'années les règles avancent et sont plus abondantes. Depuis quatre ans, pertes blanches.

Depuis dix ans environ l'abdomen a commencé à grossir et à offrir une résistance locale. Accroissement de l'abdomen demeuré stationnaire depuis environ trois ans. Il y a trois ans abcès pararénal gauche ouvert par M. Rollet. Douleurs dans le membre inférieur gauche, qui s'œdématie facilement.

La malade entre dans le service en se plaignant d'une très grande faiblesse générale et des douleurs qu'elle éprouve dans la jambe gauche. Son abdomen est volumineux. La palpation y décèle une tumeur dure, facilement délimitable, remontant à droite à deux travers de doigts au-dessous des fausses côtes. Dans la partie gauche de l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque, zône *rouge*, *tendue*, *fluctuante*. Le toucher-palper combiné fait porter le diagnostic de fibrome immobilisé par des adhérences.

Incision de la collection, le 14 octobre. Evacuation d'une assez grande quantité de pus grumeleux. Amélioration les jours suivants, mais bientôt la température s'élève à nouveau, la suppuration se tarit, les urines se chargent d'*albumine*, un œdème intense envahit les membres inférieurs, on ponctionne un hydrothorax ; la cachexie s'accentue et la malade meurt le 15 décembre.

Autopsie: L'œdème du membre inférieur gauche est deux fois plus marqué que celui du membre inférieur droit... Gros fibrome utérin du volume d'un œuf d'autruche, uni à la paroi antérieure par d'épaisses adhérences. Au sein de ces adhérences, multiples abcès, communiquant les uns avec les autres et avec la collection ouverte à l'extérieur. Adhérences multiples et inégalement résistantes de la tumeur à l'intestin. Les annexes gauches, les vaisseaux iliaques utéro-ovariens du même côté doivent être sculptés dans une masse d'adhérences plus résistantes que les précédentes, et constituant par places une véritable gangue à décortication très difficile. Les points suppurés sont absolument extérieurs à la tumeur elle-même, qui n'offre en aucun point de suppuration.

Rein gauche rétracté, enfermé dans un tissu fibreux... uretère épaissi, fibreux, perméable même au niveau des adhérences très résistantes du flanc gauche de la tumeur. Bassinet non dilaté.

Rein droit hypertrophié : on n'y peut distinguer ni substance corticale, ni substance médullaire. Gros ilots jaunâtres disséminés dans le parenchyme. Bassinet non dilaté, à contenu séro-purulent. Uretère libre, congestionné, perméable. *Vessie* pleine de pus. *Foie* gros. Hydro-thorax. Cœur droit un peu dilaté.

En somme *péritonite* suppurée au voisinage de la tumeur, avec ouverture de la collection au travers de la paroi. Cystite ; *pyélonéphrite* double.

XIII

LA MORT PAR TORSION DE FIBROMES SOUS-SÉREUX

Les fibromes pédiculés sous-péritonéaux, s'ils sont plus à l'abri de l'infection d'origine vaginale que les tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses, sont exposés à un accident rare à la vérité, mais dont la gravité, dans les classiques, est incontestée : *la torsion*.

Schroeder, Berry Hart et Freeland Barbour, ont insisté sur cette complication. Guyon, Nonat, Rokitansky l'ont signalée. Elle a fait plus récemment l'objet de nombreux travaux d'ensemble ; les thèses de Macé, de Planque, les revues générales de Schultze (1898) de Catalani, de Wilson (1898), de Frommel (1898), de Winter (1899), de Micheli (1899).

Étiologie.

La torsion peut s'observer sur les fibromes sous-péritonéaux, sous les conditions suivantes : la tumeur doit avoir un *pédicule* plus ou moins long (il dépassait plusieurs centimètres dans les observations de Courty, Martin, Gambrie) ; ce pédicule doit être peu épais ; la tumeur doit avoir un volume *moyen* (d'un poing à une tête) ; elle doit occuper le fond ou une des *cornes*

utérines. En ce point elle est, en effet, comme plongée dans la masse intestinale, et soumise à toutes les influences de pression, de déplacement, qui peuvent en résulter.

Les effets de la torsion sont assez comparables, qu'il s'agisse de tumeur utérine ou de tumeur ovarienne. La prédilection avec laquelle les fibromes soumis à la torsion occupent les cornes utérines, la fréquence avec laquelle le ligament large ou du moins le mésosalpinx sont intéressés (LANNELONGUE, POLLOSSON) permettent une assimilation presque absolue entre les fibromes utérins et les kystes ovariques. Du reste la plupart des auteurs confondent en une même étude la torsion de ces deux espèces de tumeurs.

La torsion, dont on verra plus loin les causes, peut amener la *rupture complète du pédicule*, et le détachement de la tumeur : SIMSON, GUYON, NONAT, ROKITANSKY ont signalé des cas de ce genre (1). Ce qu'ils ont plutôt observé, ce sont des histoires de tumeurs fibreuses paraissant développées aux dépens du péritoine pariétal. Il s'agissait selon toutes probabilités de tumeurs utérines pédiculées, à pédicule rompu par torsion et n'ayant pu vivre isolées dans l'abdomen qu'à la faveur d'adhérences péritonéales et surtout épiploïques.

Plus habituellement la torsion amène de sérieux accidents : la grosseur, la résistance, la constitution, la brièveté fréquente du pédicule empêchent que cette torsion puisse dépasser un certain degré sans lésions.

---

(1) Voir CASSABOIS. Fibromes utérins aberrants dans la cavité abdominale. (Th. Lyon, 1899.)

La stase veineuse, par écrasement des vaisseaux du pédicule, est vite réalisée, et l'*étranglement* se montre vite. La torsion a pu effectuer un tour et demi dans les faits de VERCOUTRE, de STERSON ; elle n'atteignait pas un tour dans la plupart des cas. Dans l'observation demeurée unique de A. POLLOSSON et DURAND, un pédicule long de 10 centimètres avait effectué *quatre* tours sur lui-même.

Les *causes* de la torsion, qui, soit dit en passant, s'effectue toujours suivant l'énigmatique loi formulé par GOODSIR, dans le sens des aiguilles d'une montre, sont des plus obscurs (1). Pour LAWSON TAIT, comme pour tous les auteurs, l'étranglement ne se produit que lorsque la torsion est suffisante, et cette torsion elle-même s'effectue, en raison des alternatives de *déplétion* et de *réplétion* du *rectum*.

KLOBB et VERCOUTRE, font jouer le même rôle à *l'état de la vessie*. KUSTNER, à l'*intestin*. KŒBERLE et KIDD, signalent le rôle favorable de l'*ascite* dans la production des accidents de torsion. CATALANI y voit un phénomène d'*accommodation* aux diamètres pelviens analogue aux phénomènes de l'accouchement. Enfin PICCINI a montré de quel importance était la *situation latérale* de la tumeur dans la production du phénomène.

Dans certains cas, la tumeur ne tourne pas autour de son pédicule, mais c'est sur l'*utérus* lui-même que porte la torsion. SCHULTZE (*Z. f. Gyn. u. Geb.* 1898) rapporte 32 observations de ce genre ; 15 fois c'est un fibrome

(1) Voir BÉRARD. De l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule. (*Gaz. des Hôp.*, 1901).

qui a déterminé les accidents. Ricard rapportait récemment (1902) un cas semblable. Lésions et symptômes sont à peu de choses près ce qu'ils sont lorsqu'il s'agit de tumeur pédiculée proprement dite. La constance et l'intensité des troubles vésicaux sont seules à remarquer (1).

Symptômes.

La torsion des fibromes donne des accidents réels, mais dont la gravité n'est nullement en rapport avec l'idée qu'on s'en fait théoriquement. Il est certain que nombre de torsions de fibrome n'ont été découvertes que *par hasard*, au cours d'une autopsie, ou d'une intervention. On pourra lire plus loin les très rares observations de *mort* que renferme la littérature médicale. Il est même certain que la cause des accidents pour lesquels on est quelquefois intervenu, n'est pas la torsion elle-même, qui se fait *lentement progressivement*, le plus souvent à l'insu du malade, mais bien les phénomènes d'*étranglement*, de congestion ou d'infection dont le fibrome déjà tordu peut être le siège. « Généralement, la torsion survient avec lenteur : des vaisseaux suppléent à ceux qui sont oblitérés, ce qui empêche les torsions aiguës. Les cas graves d'emblée sont rares. » (Piccini.)

---

(1) Gorilloud a rapporté récemment une observation de cette nature. « Femme de 62 ans. Tumeur diagnostiquée depuis vingt ans. En pleine santé la malade est prise de douleurs aiguës, bientôt suivies de vomissements et d'arrêt de la circulation intestinale. L'opération pratiquée d'urgence montre un fibrome tordu de 1,670 grammes. La torsion s'était produite au niveau de l'*isthme* utérin et sur le bord du ligament large gauche. La trompe et l'ovaire n'avaient pas participé à la torsion. »

Cependant, si VERCOUTRE, et plus récemment WALTHER et GUILLOT ont rencontré des torsions de fibromes *sans signes cliniques*, habituellement les choses se passent de façon différente et c'est une ou ce sont des *crises douloureuses à répétition* qui légitiment l'intervention et font faire un diagnostic régulièrement non fait au au préalable.

En général, en effet l'histoire clinique de ces malades se réduit aux quelques traits que voici :

La malade ignore le plus souvent qu'elle a un fibrome; les tumeurs pédiculées sous-péritonales ont en effet un si faible retentissement sur la muqueuse que les métrorrhagies, les troubles menstruels manquent le plus souvent ; la tumeur est en général de petit volume et borne son existence symptomatique à quelques phénomènes douloureux fugaces ou à de légers troubles de compression.

Brusquement, la malade est prise de phénomènes douloureux abdominaux plus ou moins vifs avec toute l'allure clinique d'une *péritonite localisée*.

On pratique l'examen du petit bassin : on constate l'existence d'une masse anormale, d'un empâtement ou d'une immobilisation singulière de l'utérus ; le diagnostic est fait aussitôt de fibrome ou de kyste ovarique avec réaction péritonéale.

L'allure est parfois plus *aiguë* et le tableau clinique plus déconcertant : VILLARD est un jour appelé auprès d'une malade atteinte, dit-on, d'appendicite et chez laquelle le médecin traitant avait cru trouver un abcès dans la fosse iliaque droite. L'intervention fait découvrir

un gros plastron péritonéal, comprimant le cœcum et dissimulant un fibrome de la corne droite, tordu et fixé aux parties molles.

Le cas de VALLAS est peut-être plus frappant : Ce chirurgien est une nuit appelé d'urgence à une grande distance de Lyon pour une malade dont les accidents aigus avaient fait diagnostiquer une rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale. Laparotomie d'urgence avec matériel improvisé, sur un billard. Gros fibrome tordu ; violente réaction péritonéale. Ablation de la tumeur. Guérison.

Faut-il signaler une complication vraiment rarissime? Dans deux cas, ceux de LAMARRE et FERCY PATON, une tumeur fibreuse à pédicule tordu, encore adhérente à l'utérus dans un cas, libre dans l'autre, aurait provoqué des phénomènes d'*occlusion* mortels (1).

Rares sont les cas où les phénomènes inflammatoires vont jusqu'à la production de *collections purulentes*. Le plus souvent tout se borne à de la réaction péritonéale et à la formation d'adhérences d'épaisseur et d'étendue variables.

La crise peut être unique : le fibrome isolé *s'atrophiera*, subira la dégénérescence graisseuse ou calcaire. Il pourra même, complètement *isolé* de l'utérus, emprunter sa vascularisation à l'épiploon que toutes les observations montrent à sa surface et vivre désormais en tumeur pariétale de la grande cavité.

---

(1) On peut y joindre une observation récente de LEJONNE et MILANOFF. Mais ici, la malade était porteur d'un cancer du rein avec généralisation, qui, sans doute, n'a pas peu contribué à hâter la terminaison fatale.

Plus souvent les crises se répètent et leur répétition finit par nécessiter l'intervention qui fait découvrir la nature exacte des lésions.

Enfin, dans de très rares cas, l'évolution est d'emblée maligne, si l'on peut désigner ainsi la nécrobiose, le *sphacèle* de la tumeur, sa suppuration. Dans ces cas, dont Vincent a vu trois exemples, à moins d'intervention précoce ou de providentielle évacuation à travers la paroi, c'est la *péritonite généralisée* à marche lente qui vient mettre un terme à l'affection.

Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique de cette sorte d'accidents n'offre qu'un médiocre intérêt. Schwartz, Pilliet, Lannelongue, ont insisté sur des lésions qui toutes découlent directement, mécaniquement, de la gène circulatoire dont la tumeur devient le siège : les veines, plus faibles, se laissent écraser dans le pédicule, la stase se montre, la nécrobiose ne tarde pas.

Très rarement, on a signalé la rupture intra-péritonéale des veines superficielles de la tumeur (A. Martin) ou l'épanchement de sang dans la cavité d'une tumeur fibro-kystique (Frommel).

Le microscope montre des fibres musculaires infiltrées de sang, méconnaissables par places : çà et là des foyers d'apoplexie intense ; les sinus veineux de la coque sont thrombosés, pleins de fibrine en voie d'organisation dans les cas anciens.

Rien de plus général, de plus explicable, de plus habituel que ce mécanisme : il est inutile d'y insister.

La littérature médicale renferme vraisemblablement un tout petit nombre d'observations de *mort par torsion* de l'utérus, et cela s'explique. D'abord, parce que c'est une affection chronique, pourrait-on dire, avec rares phénomènes aigus, qui doit tuer très rarement. Ensuite, parce qu'à l'époque où la gynécologie ne savait pas ouvrir les ventres, on n'avait jamais l'occasion de saisir sur le vif l'évolution de telles lésions. Enfin, parce qu'aujourd'hui les premiers phénomènes douloureux au cours d'un fibrome donnent l'alarme et font opérer.

OBSERVATIONS

Friedel, Pick et Cuppie ont rapporté deux observations, l'une avec phénomènes de gangrène au cours d'une grossesse, l'autre avec obstruction intestinale et torsion de l'utérus proprement dit, toutes deux terminées par la mort. Des recherches bibliographiques plus complètes dans la littérature étrangère en feraient peut-être découvrir d'autres : leur caractère de rareté n'en demeure pas moins absolu (1).

Friedel Pick (*Prager medic. Wochensch.* 1891.)

« Femme de 56 ans se plaignant depuis un mois de douleurs vives du ventre et de constipation avec fièvre légère. Deux semaines avant son entrée à l'hôpital, elle était restée huit jours sans selles, le ventre étant très tendu. Elle mourut la nuit même de son entrée en essayant d'aller à la selle.

---

(1) Voir à l'index bibliographique la liste des cas récemment publiés.

« *Autopsie :* Fibrome sous péritonéal, plus gros qu'une tête d'adulte, avec pédicule *tordu* de gauche à droite. Regardant de près on vit que ce pédicule était l'utérus élongé, tourné deux fois sur lui-même. Tumeur congestionnée, mais non nécrosée. L'adhérence de la tumeur à plusieurs anses expliquait la constipation. »

Cuppie (*in* Hart et Barbour.)

« Fibrome utérin compliquant une grossesse de 4 mois ; la femme ressentit en même temps qu'elle avait des pertes abondantes, de vives douleurs dans le ventre ; puis se déclarèrent tous les signes d'une péritonite grave. On diagnostique une grossesse compliquée de tumeurs ; on provoque l'avortement. Après quelques jours de mieux les accidents reprirent et la femme succomba. *L'autopsie* permit de constater au bout de 36 heures la présence de gaz et de pus dans le péritoine ; on y trouva au-dessous de l'épiploon adhérent une grosse tumeur située à gauche, d'aspect noirâtre comme gangréneuse. C'était un fibrome sous-péritonéal attaché à la corne droite de l'utérus par un pédicule *tordu* une fois et demie dans le sens des aiguilles d'une montre ; le pédicule était de la grosseur du petit doigt, à la fois constitué par des vaisseaux et une partie du ligament large. La coupe de la tumeur était rouge foncé. »

Lejonne et Milanoff (*Bull. Soc. Anat.*, février 1900.)

« 84 ans. Entrée à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry pour des hématuries intermittentes. L'examen fait constater plusieurs tumeurs abdominales mobiles, volumineuses comme des têtes fœtales. On diagnostique des fibromes sous péritonéaux et l'on met les hématuries sur le compte du néoplasme rénal. Pendant son séjour à l'infirmerie la malade s'améliore quant à son état général, mais, cinq jours avant sa mort, elle présente des accidents d'*occlusion intestinale* (constipa-

tion, vomissements, douleurs abdominales, ballonnement de l'abdomen), puis mort.

« *Autopsie :* Un fibrome développé aux dépens de la corne utérine gauche est allongé de haut en bas... et rattaché à l'utérus par un pédicule. Ce dernier, long de 3 centimètres, épais comme le petit doigt est *tordu* sur lui-même deux fois et demie de gauche à droite... Tumeur rouge-noir à la coupe ; de plus, elle adhère à la paroi abdominale antérieure au colon descendant et aux anses intestinales. Ces adhérences, de date récente, ont été probablement la cause de l'obstruction intestinale. De plus, néoplasme du rein gauche (épithélioma cylindrique lobulé), avec généralisation aux reins, à la rate, au poumon. Il y avait, en plus, un kyste para-ovarien et deux fibromes sous-péritonéaux n'ayant pas donné de signes cliniques. L'âge de la malade avait rendu impossible toute intervention. »

Voir au chapitre *Sphacèle* les observations Duguet et Varnier, et James Tyson.

XIV

FIBROME ET CANCER. FIBROMES DÉGÉNÉRÉS

On a soutenu que les fibromes utérins ne constituaient pas un danger seulement du fait de leur présence, seulement par les hémorragies, les phénomènes de compression, les accidents infectieux qu'ils pouvaient entraîner, mais qu'on y pouvait voir une véritable *amorce* au développement de *tumeurs malignes*. Et l'on a voulu voir tour à tour, dans le fibrome, le premier stade du cancer ou du sarcome. La question est demeurée longtemps fort obscure, et toujours en raison d'une terminologie imparfaite. Pendant de très longues années, cancer, fibrome, encéphaloïde, sarcome ont désigné des tumeurs distinctes, ou seulement divers stades d'une même tumeur. Nos définitions se piquent actuellement d'être plus rigoureuses ; les distinctions qu'elles traduisent paraissent réelles, au moins provisoirement.

Et voici de quelle façon peuvent se comprendre les rapports du *fibrome* et du *cancer*, en laissant au mot cancer le sens très général et très simple de tumeur maligne, que pendant de si longues années on lui a reconnu :

a). On a remarqué ou cru remarquer que le fibrome utérin s'accompagnait avec une certaine fréquence de *carcinome*, d'*épithélioma*.

b) On a constaté que nombre de fibromes présentaient, à une certaine période de leur existence, un brusque accroissement, avec apparition de phénomènes graves d'ordre général, et qu'alors l'examen microscopique révélait l'existence de cellules spéciales, prétendues caractéristiques du sarcome. Le fibrome subirait la *dégénérescence sarcomateuse*.

Qu'y a-t-il d'exact dans ces deux affirmations. Le fibrome prédispose-t-il au cancer? Le fibrome devient-il sarcome, et le devient-il fréquemment? Ces deux points méritent d'être étudiés à part.

A. — Fibrome et Épithélioma.

On a soutenu avec raison, et depuis fort longtemps, que le fibrome ne pouvait se *transformer* en *cancer*, en *carcinome*, en *épithélioma*, pour employer les termes successivement usités. Cruveilhier en tirait même un argument de consolation, et affirmait à ses malades que les ennuis du fibrome les préserveraient des dangers du cancer. Il attribuait même au fibrome une résistance singulière à l'envahissement de voisinage par un cancer venu des organes voisins. « Non, mille fois non, disait-il, à ce point que lors même que l'utérus tout entier subirait la transformation cancéreuse, les corps fibreux resteraient inaltérables. » Virchow admettait au contraire la possibilité d'un tel envahissement.

Cruveilhier paraît avoir eu raison. Bien que Klob et Babès, Bœtticher, Schroeder, aient cru voir des foyers épithéliomateux au centre de fibromes, bien qu'on ait récemment rapporté de tels faits à l'existence normale

en plein muscle utérin de conduits glandulaires, vestige de formations embryonnaires disparues (1), il semble bien que le *fibrome* (tumeur *mésodermique*), ne puisse jamais devenir tumeur de type *épithélial*, *entodermique*. Donc, on ne verra pas le cancer éclater en plein fibrome, mais l'*envahissement secondaire* n'est pas impossible ; on ne voit pas du reste pourquoi l'infiltration, la destruction du muscle utérin par un épithélioma respecteraient le fibrome lui-même. Les os du bassin sont bien envahis, l'immunité spéciale du myome s'expliquerait mal. Bien que ces cas soient très rares, Dumas, Benporath et Liebmann, Cornil et Boissier semblent bien avoir relevé des observations caractéristiques. Schaper a même signalé, au centre d'un myome, un noyau secondaire à un cancer du poumon.

Mais ces faits sont d'un intérêt moindre que les suivants. *A-t-on vu fréquemment le cancer, l'épithélioma compliquer le fibrome utérin ?*

Verstraete a réuni, dans un travail très documenté, la plupart des cas signalés dans la littérature médicale. Il a recueilli 23 observations de cancer et fibrome utérins constatés à l'autopsie, à l'époque où l'on n'opérait pas ce genre de tumeurs, et 64 observations plus récentes de malades chez lesquelles on est intervenu, soit pour le fibrome, soit pour le cancer. Voici les principaux noms et les principales statistiques : Boetticher,

(1) Diestenwegg, Wahrendorff, Loehlein, Schatz, Legueu et Marien ont signalé ces formations épithéliales ou adénomateuses en plein fibrome. Recklinghausen y voyait des vestiges du canal de Wolff. Il semble qu'il s'agisse simplement de glandes utérines aberrantes.

Wagner, dont les observations sont rapportées dans un travail d'ensemble d'Ehrendorfer (*Arch. f. Gynæk.*, 1892); Péan, qui vit chez six femmes porteurs de fibromes deux cancers du corps et quatre épithéliomas du col; Poncet, avec trois observations dans la thèse de Bourgeois; Demons, avec cinq cas nouveaux dans le travail de Boucaud.

Le point intéressant est le *rapport* entre le chiffre *total* des fibromes observés, et le nombre des tumeurs fibreuses *compliquées* de cancer. Mais les divergences sont considérables. Martin a vu sur 201 fibromes, 2 cancers du corps et 7 du col. Lauwers donne un pourcentage de 1 1/2 °/₀; Vitrac de 5 °/₀; Bouilly sur 109 cas de fibromes a vu 4 cancers du col, et 2 cancers du corps. Duret a observé sur 250 fibromes, 3 cancers du corps, 2 cancers du col et 1 cancer de l'isthme. Les proportions les plus extrêmes sont données par Péan avec 6 cas de cancers sur 650 fibromes, et Jacobs (*Soc. de Gyn. et d'Obstét. belge*, 1897), avec 3 cancers du col, un cancer du corps, et 5 cancers généralisés de l'abdomen sur 56 cas de fibromes.

Au total, les 77 observations recueillies par Verstraete montrent la coexistence du fibrome et d'un cancer qui, 42 fois est un cancer du *col*, et 35 fois un épithélioma du *corps*. Proportion singulière comme on le verra plus loin. C'est celle qu'on retrouve dans les observations parues depuis le travail de cet auteur. Lepetit, Camelot, Dauber, Bouglé, Flaischen, Jayle et Bender, Tate, Lewers et Boxall, Glockner, ont rapporté des cas de cancer du *corps*. A. Pollosson et

VIOLET en signalaient récemment un nouveau cas (*Lyon Médical*, 25 décembre 1904). MARCHESI, POTHERAT et LEURET, MORESTIN, DELAGE et WALTHER, RICARD, GRUBE, ont signalé de nouvelles observations de coexistence d'un épithélioma du *col*. Les observations inédites sont sûrement fréquentes puisque dans le seul semestre d'été 1904, A. POLLOSSON, sur un total d'une cinquantaine de fibromes, a rencontré deux fois cette dernière coïncidence (1).

Y a-t-il simple *coïncidence?* On n'a pas manqué d'objecter la réflexion suivante : *Le fibrome est chose fréquente ; un tiers des femmes en est atteint ; un tiers des femmes atteintes d'épithélioma doit donc en présenter.*

Mais l'objection n'est que spécieuse. Si l'on cherche en effet combien de femmes atteintes de cancer utérin, présentent de noyaux fibromateux, constatables *à la*

---

(1) LA TORRE a tenté d'établir la fréquence de l'association du fibrome à l'épithélioma. Voici les résultats de son enquête auprès de quelques chirurgiens. Cette coexistence a été rencontrée :

Par BOUILLY, 5 fois sur 100.
MARTIN, un nombre considérable de fois.
HOFMEIER, plusieurs fois.
RICHELOT, fréquemment.
OTT, 15 fois environ (sur ?).
SEGOND, quelquefois.
BANTOCK GRANVILLE, une seule fois.
MANGIAGALLI, assez fréquemment.
LÉOPOLD, plusieurs fois.
DURANTE, 2 fois.
GUSSEROW, quelquefois.
ALBAN DORAN, 2 fois.
KUSTNER, souvent.
RUGGI, jamais.
LA TORRE, jamais.

coupe seulement, on atteindra à une proportion beaucoup plus considérable (100 pour 100, disait récemment Pozzi). Mais si l'on recherche combien de femmes *opérées* pour des fibromes cliniquement bien *manifestes*, se trouvaient porter en même temps un épithélioma utérin, le pourcentage diminue singulièrement.

Il y a plus : s'il s'agissait seulement de coïncidence, les cancers coexistant avec des fibromes devraient offrir *la même proportion* de néoplasmes du col, et de néoplasmes du corps, que les cancers utérins, indépendants de tout fibrome. Or, il n'en est rien. On voit le fibrome se compliquer à peu près également de cancer du corps et de cancer du col, alors que le premier est incomparablement plus rare que le second (1).

Les cancers du col sont innombrables. Par contre, Pichat (th. Paris, 1876), ne réunissait que 44 cas de cancer du corps. La fréquence de l'un, la rareté de l'autre sont signalés par tous les auteurs. Szukits admet une proportion de 420 cancers du col pour *un* du corps. Schroeder, de 812 contre 28. Schatz, de 80 contre 2. Calderini, de 150 contre 8. Coe, de 1000 contre 3 (?). Par contre Sanger, Olshausen, Martin, ont soutenu que sur 100 cancers utérins, on rencontrait 34 cas de cancers primitifs du corps. Brugère (th. Bordeaux, 1893), note une proportion de 22 p. 100 en Angleterre, 28 p. 100 en France, 34 p. 100 en Allemagne.

Bien que ces derniers chiffres paraissent contestables, ils marquent encore entre les deux espèces de cancers une *différence* marquée, qu'on ne retrouve plus dans le

(1) Noble, sur 218 fibromes a rencontré 3 cancers du corps et 4 cancers du col.

cas de fibrome associé. *Le cancer du corps est donc réellement plus fréquent dans l'utérus fibromateux.*

Si les faits sont authentiques, si l'on peut tirer argument de statistiques qui ne valent jamais que pour leur auteur, il y a là une constatation d'intérêt capital pour les indications opératoires.

L'an dernier, la Société de Chirurgie reprenait cette question sous une autre forme. RICHELOT (Société de Chirurgie : séances des 28 octobre, 4, 18, 25 novembre ; 2 et 9 décembre 1903), venait plaider la cause de l'hystérectomie totale, un peu délaissée des chirurgiens, en se fondant sur un certain nombre de cas de *dégénérescence épithéliomateuse du moignon après la subtotale.* Il rappelait la phrase de PÉAN : « Je préfère ne pas conserver le col... parce que je l'ai vu plus d'une fois, devenir sarcomateux ou épithéliomateux les années suivantes », et présentait, avec trois observations personnelles, une dizaine de cas recueillis dans la littérature, dont deux signalés par CONDAMIN. Dans la discussion qui suivit cette communication, avec les statistiques négatives de ROUTIER et SCHWARZ, des observations analogues furent rapportées par GUINARD, ROCHARD, DELBET, QUÉNU (1).

RICHELOT poussait très loin les conclusion à tirer de faits semblables, et déclarait que « l'utérus fibromateux n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser les tumeurs malignes, mais il est *le terrain su*

(1) Dans le cours de 1904, BAZY a rapporté un cas d'épithélioma de la cicatrice vaginale, dix ans après une hystérectomie. A la suite de sa communication, RICARD et TUFFIER ont signalé deux nouveaux cas de fibrome associé au cancer du col.

lequel elles poussent... Nous avons tous vu des cancers du col ou de la cavité coïncider avec de gros fibromes, mais ce que nous avons vu encore sans le remarquer et sans le dire, c'est l'*état fibromateux* inséparable du cancer... Tous nos utérus *cancéreux*, avec ou sans fibromes, étaient des utérus plus gros qu'à l'ordinaire, hypertrophiés, *scléreux*..., tous présentaient les lésions de la métrite parenchymateuse de VIRCHOW... Si donc à côté de l'épithélioma on trouve les altérations du parenchyme qui sont la caractéristique propre de l'utérus fibromateux, j'en conclus que cette *hyperplasie* est le *terrain favorable à l'éclosion du cancer* ».

Puis, très habilement, RICHELOT, insistant sur les lésions hyperplasiques de la muqueuse, habituelles en pareil cas, en revient à la théorie de SCHROEDER, et se demande si l'*hypertrophie de la muqueuse*, l'adénome bénin de certains auteurs, inséparable du fibrome, n'est pas le premier stade de transformations qui conduiront à l'adénome malin, au cancer. « Il n'est pas niable, dit-il, que l'hyperplasie des glandes utérines marque une tendance vers la néoplasie épithéliale... Voilà comment l'utérus fibromateux est le terrain propre au développement du cancer, et comment la dégénérescence du moignon est une chose naturelle... »

Il est curieux de rapprocher de l'originale théorie de RICHELOT, les idées émises autrefois par VERNEUIL et signalées dans la thèse de RICARD, (Paris 1885). « Il est probable, disait VERNEUIL, qu'un utérus déjà porteur d'une tumeur bénigne sera plus aisément envahi par un néoplasme malin... *Tout néoplasme relève de l'arthritisme*, et les néoplasmes, quelque différents qu'ils

puissent être par leur nature, leur évolution et leur influence sur l'organisme, sont et demeurent une dépendance de l'arthritis dont la diathèse néoplasique n'est qu'une des innombrables mortalités. » (1)

De tout ceci, que faut-il conclure ?

Le fibrome prédispose-t-il au cancer? A t-on vu suffisamment des malades porteurs de fibromes utérins mourir de cancer de ce même organe, pour établir entre ces deux constatations un rapport de cause à effet? Y aurait-il là une *raison* valable d'*opérer* les fibromes?

Ici encore la lumière n'est pas faite. Sans doute il y a quelque chose de *remarquable* dans cette constatation que sur l'utérus fibromateux, on trouve, contrairement à la règle commune, *plus de cancers du corps que de cancers du col.*

Mais les publications médicales reflètent-elles exactement la réalité clinique? Correspondent-elles toujours à l'ensemble des faits? Les observations de cancers du corps ne nous paraissent-elles plus nombreuses que parce que, vu leur *rareté* habituelle, on ne publie que celles-là? Des épithéliomas du col à leur début ont pu passer inaperçus.

---

(1) Sans invoquer une *diathèse cancéreuse*, une tendance de l'organisme à faire des tumeurs, ne pourrait-on expliquer l'apparition d'un épithélioma du corps au voisinage d'un fibrome par les *simples phénomènes irritatifs* dont la tumeur est le point de départ ? On sait des cas où la dégénérescence épithéliale s'est attaquée à la partie la plus saillante, la plus accessible, la plus facile à léser d'un polype utérin. Redlich, Croisier, Marchand, ont rapporté des observations de cancer siégeant précisément à la partie la plus exposée de polypes utérins à évolution vaginale.

Chez une malade de A. Pollosson, le microscope fit reconnaître un cancer dans une *fongosité* suspecte du col que la plupart des élèves admis à toucher, ne soupçonnèrent même pas.

Le *tableau symptomatique* du fibrome compliqué de néoplasme n'offre rien de bien spécial.

S'il y a néoplasme du *col*, un toucher soigneux, le speculum au besoin, renseignent bien suffisamment.

S'il y a néoplasme du *corps*, le caractère spécial des écoulements roussâtres, fétides, les pertes blanc sale persistantes, les métrorrhagies douloureuses, l'expulsion de débris sphacélés ou mieux l'examen microscopique des débris de râclage, au besoin le toucher intra-utérin, si volontiers pratiqué par A. Pollosson, permettent un diagnostic qu'on fait toujours si l'on y a pensé.

Une remarque cependant : rien ne ressemble plus, parfois même à l'examen direct, à un cancer du corps compliquant un fibrome sous-muqueux, qu'un fibrome sphacélé. A vrai dire, il est un certain nombre d'observations où le sphacèle n'a envahi le fibrome qu'à la faveur d'un cancer. (1)

B. — Dégénérescence maligne.

On sait depuis longtemps que des tumeurs fibreuses de l'utérus, après avoir depuis longtemps évolué avec

(1) Voir A. Pollosson et Violet (*Lyon Médical*, 25 décembre 1904).

lenteur, sans altérations de l'état général, sans tendances à l'envahissement des régions voisines, peuvent offrir brusquement un accroissement rapide, avec déchéance de l'état général, infiltration des parties molles voisines, métastases hépatiques ou pulmonaires, ou plus rarement récidive après intervention.

A ces accidents, assez comparables malgré leur rareté à ce qu'on sait du cancer en général, on a donné quelquefois le nom de *dégénérescence cancéreuse*.

On incline à penser aujourd'hui que le fibrome favorise peut-être l'éclosion à son voisinage d'un épithélioma ; mais on est certain que le fibrome, tumeur d'origine *mésodermique*, ne saurait en aucune circonstance se transformer en tumeur à type *épithélial*. Pour des raisons d'ordre moins général, au nom de la simple observation clinique, Cruveilhier niait déjà formellement ce mode de dégénérescence.

Mais depuis très longtemps on parle de *dégénérescence sarcomateuse*, de transformation du fibrome en *sarcome*, de *fibrosarcome*, et, en tenant compte de détails dans l'aspect même des lésions, de *myxosarcome*, de *fibromyxome*, etc. Wenzel, Valentin, Rokitansky, décrivaient le sarcome greffé sur un fibrome utérin ; par contre, Sée, Safford, Walter et Cruveilhier, contestaient son existence.

Le mot *sarcome* lui-même a désigné pendant longtemps, et, pour certains, désigne encore plutôt *l'aspect grossier* de certaines tumeurs malignes, que des types anatomiques bien définis. Ce mot s'applique actuellement dans la plupart des esprits aux tumeurs malignes d'origine conjonctive : autrefois il servait à désigner toute

tumeur volumineuse, un peu *molle*, *charnue*, à *accroissement rapide*, se *généralisant* facilement, répandant à la coupe un *suc* spécial, et dont *l'aspect général* était, disait-on, caractéristique. C'était au fond le plus souvent affaire d'impression; était sarcome tout ce qui éveillait l'idée de malignité, sans être cancer. Et l'on disait *sarcome syphilitique*, *sarcome tuberculeux*. De telles approximations n'ont pas peu contribué à faire de la question de la dégénérescence des fibromes un des points les moins connus de la pathologie chirurgicale. L'esprit chirurgical, en effet, progressiste en matière d'intervention, est souvent traditionnaliste en pathogénie. La dégénérescence sarcomateuse était une étiquette commode : on l'a conservée.

Que fallait-il donc, que faut-il donc encore pour qu'on prononce, devant un fibrome utérin, le mot de *dégénérescence maligne* (ou sarcomateuse, puisque l'épithélioma est exclus) ?

C'est sur des considérations tirées à la fois de l'histoire clinique de la malade, du mode d'accroissement de la tumeur, de sa façon de se comporter vis-à-vis des organes voisins, sur des données à la fois de la clinique et de l'anatomie pathologique qu'on se fonde pour poser le diagnostic de *dégénérescence*. Voici d'abord les raisons d'*ordre clinique* :

a) D'abord les cas dans lesquels un fibrome a présenté un *accroissement rapide*, a pu atteindre en quelques mois à des *dimensions colossales*, en entraînant une *dénutrition*, une *altération de l'état général* très marquées, rappelant en somme la marche de la cachexie fibroma-

teuse, mais une *marche rapide*, parfois foudroyante. La malade mourait en quelques mois, cachectique, blafarde, œdématiée, comme dans les cas où, le fibrome continuant à se développer chez une femme dont les reins, le cœur, les vaisseaux ont été touchés, l'épuisement aboutit à une mort par cachexie de causes multiples. Parfois un tel tableau se voyait chez une femme ayant dépassé la ménopause, parfois chez une femme jeune (1). Dans un cas de Richer (*Bull. Soc. Anat.* 1877), la malade avait 23 ans; la tumeur n'avait commencé à se développer que deux ans auparavant, et pourtant l'abdomen avait 1 m. 62 de tour! « La malade vivait presque continuellement soulevée sur son séant par de nombreux oreillers... elle ne pouvait conserver cette position qui lui permettait de respirer un peu plus à l'aise qu'à la condition d'écarter les cuisses, entre lesquelles l'extrémité inférieure du ventre venait reposer sur le lit... La tumeur pesait 26 kilogs. » Une autre malade de Laboulbène avait 28 ans. La tumeur datait de seize mois. Quand la malade mourut cachectique, sans phénomènes inflammatoires, sans signes rénaux, la tumeur ne pesait que 5 kilogr. 600. Elle comportait plusieurs masses, « la plupart résistantes, nettement fibromateuses, une seule d'un rouge sombre, d'aspect charnu » (2).

b) On a dit, on dit encore couramment qu'un fibrome a probablement subi la dégénérescence sarcomateuse quand, avec la notion d'un développement rapide après

---

(1) Une malade de Lautier et Horteloup avait à peine 22 ans.

(1) A rapprocher probablement de ces cas les fibromes à *marche galopante* dont parle quelque part Pozzi.

la ménopause, une tumeur offre à *l'intervention* les caractères suivants : *ascite* plus ou moins abondante, sanglante dans quelques cas; *adhérences péritonéales récentes;* signes au total d'une réaction irritative de la séreuse. L'utérus sarcomateux est plus ou moins volumineux et, dans son ensemble, ou au niveau seulement d'une de ses tumeurs, offre l'aspect que voici : coloration *noirâtre*, rougeâtre, bosselures, masses en *champignon*, tendues, comme prêtes à se rompre ou à se détacher; à la coupe, coloration *violacée*, comme si l'on avait affaire à un volumineux infiltrat de sang; parfois *géodes* contenant du sang; parfois *kystes* hématiques, à contenu chocolat ou brun, très volumineux (Péan rapporte au moins trois observations dans lesquelles le liquide sanguin d'un de ces pseudo-kystes dépassait plusieurs litres).

Dans d'autres cas, ce qu'on a remarqué, c'est le volume manifestement *accru* de la tumeur ; sa *mollesse*, sa *semi-fluctuation* ; les *géodes* à parois irrégulières, à contenu muqueux, clair ou rose, filant ; l'aspect œdématié dans l'ensemble de la tumeur.

On verra plus loin que ces géodes, ces cavités à contenu *myxoïde* sont en quelque sorte caractéristiques des fibromes en voie d'accroissement et que, contrairement à l'opinion classique qui y voyait des zones en voie de destruction, elles représentent des centres d'éléments jeunes, à prolifération active.

c) On a appliqué encore, et d'emblée le qualificatif de fibro-sarcome à certains fibromes, encore à développement rapide, mais faisant surtout avec une singulière précocité de *l'envahissement de voisinage*. Ligaments

larges, ligaments utéro-sacrés, sont dédoublés, envahis, la tumeur emplit le bassin comprimant vaisseaux et viscères; les ganglions lombaires dégénèrent et la malade meurt avant que le sarcome ait eu le temps de faire ailleurs des métastases.

Parfois la tumeur dégénérée, pédiculée sans doute à l'origine, a paru abandonner l'utérus pour se développer dans le petit bassin, l'abdomen, en tumeur autonome, à prolifération active, à rapide accroissement. Et l'on s'est trouvé en présence de masses parfois gigantesques, molles par places, dures ailleurs, avec des zones d'apparence muqueuse, des géodes, etc. Dagron, Orillard et Durante, ont publié des cas de ce genre. Les observations de Condamin, de Gangolphe et Duplant, un cas récent d'Aug. Pollosson, dans lesquels on a trouvé, en dehors de l'utérus et vaguement rattachée à lui, une masse dite myxosarcomateuse, rentrent probablement dans cette catégorie de faits.

d) On a rangé encore dans la dégénérescence sarcomateuse les faits dans lesquels il y avait, après ablation d'un fibrome, *récidive in situ*. C'est l'histoire de Colle qui fait l'ablation « d'un fibrome ramolli et en pleine dégénérescence mucoïde » et qui voit un an après « une tumeur mollasse occuper tout l'abdomen ». C'est l'histoire de Doléris qui voit récidiver une tumeur fibreuse du col enlevée par hystérectomie subtotale (1). Laurent enlève un fibrome par voie abdominale. Quatre ans après, « une tumeur du volume d'une tête d'adulte, mollasse,

(1) Tripier et Pollosson, chez une malade myomectomisée par Terrier, découvrirent six mois plus tard une tumeur fibro-sarcomateuse emplissant le petit bassin.

se laissant enlever par poignées, développée à la suite d'une chute, occupait la cicatrice. Terrillon procède à l'ablation d'une tumeur utérine du poids de 20 kilogs; deux ans plus tard, l'opérée manifestement atteinte de récidive, présentait une tumeur qui remplissait presque complètement le petit bassin. Simpson pratique six interventions en sept ans sur le même fibro-sarcome récidivé. Enfin, Zamshine déclare « avoir vu souvent des récidives survenir à la suite d'ablations partielles de ces tumeurs ».

Muller enlève une partie d'un myome enclavé dans le bassin. Au bout d'un an, un sarcome très vasculaire s'élève à la surface de la section. La malade meurt d'une propagation au péritoine. Dans un cas de Winckel et Schutz « il s'agissait d'un myome de la paroi postérieure de l'utérus en partie nécrosé et qui fut enlevé par Winckel. Au bout de quarante semaines, un sarcome mou se développa au voisinage des restes du pédicule. On l'extirpa. Après six mois, nouvelle récidive ; la tumeur à cellules rondes qui se montra fut expulsée spontanément à la suite d'injections de perchlorure de fer. Deux ans plus tard, une autre tumeur du volume d'un œuf de poule se développa près de l'orifice du col. Schutz l'enlève ; des examens répétés montrèrent que l'on avait eu affaire à un *myome pur*. » (Péan III, p. 319.)

e) On applique enfin le nom de sarcome à certaines tumeurs fibreuses de l'utérus ayant donné des *métastases*. A l'autopsie de femmes, porteurs de fibromyomes ayant quelque temps auparavant présenté une augmentation de volume insolite, avec des phénomènes dou-

loureux, cachectiques plus ou moins nets, on trouve dans le *foie*, le *poumon*, les *reins*, le *cerveau*, des tumeurs par leur consistance et leur aspect analogues à la tumeur primitive. Terrillon enlève un fibro-sarcome du poids de 13 kilogr. : six mois plus tard, la femme meurt de généralisation pulmonaire. A l'autopsie d'une fibromateuse, morte du reste de péritonite, Finlay découvre des noyaux métastatiques dans les ganglions cervicaux, le cœur, à la base du poumon droit, dans un rein. Eveet, chez une malade de 58 ans, enlève une tumeur signalée depuis dix ans et qui remontait jusqu'à l'épigastre. La malade meurt huit mois plus tard avec des métastases cérébrales. Schlagenhaufer trouve à l'autopsie d'une malade hystérectomisée cinq noyaux dans le poumon et trois dans le foie. Une malade de Mastny meurt après une cachexie de deux ans, et l'autopsie montre des noyaux secondaires dans les ligaments larges, les ganglions rétropéritonéaux, les poumons, les ganglions péribronchiques, le pancréas. Laurent, à l'autopsie d'une femme de 76 ans, morte dans le service de Charcot, trouve un utérus fibromateux, et des reins « semés de petits corps durs, du volume d'une lentille, situés entre le parenchyme rénal et la capsule... La coupe fit voir qué l'on avait affaire à des fibromyomes ». Goullioud voit mourir de phlébite une femme chez laquelle il trouve un myome malin, greffé sur les deux ovaires.

Klebs, Birch-Hirschfeld, Krische, signalent des observations analogues de tumeurs utérines, accompagnées de métastases. Dans le cas de Krische, on en trouvait dans la boîte cranienne, le cœur, l'œil, l'intes-

tin, l'estomac, les ganglions rétro-péritonéaux, les reins, la peau, les os, le diaphragme, etc. LANGERHANS voit mourir cachectique une femme opérée un an plus tôt par GUSSEROW et l'autopsie montre un poumon infiltré de noyaux « dont la grosseur varie d'un grain de mil à une châtaigne ». Des masses plutôt juxta-utérines remplissaient l'excavation (1). Plus récemment DEVIC et GALLAVARDIN, à l'autopsie d'une femme de 55 ans, trouvaient un utérus fibromateux du volume d'un utérus gravide, et des noyaux de généralisation dans le péritoine, le foie, le diaphragme et le poumon. Tout récemment enfin, dans le service d'A. POLLOSSON, VIOLET trouvait à l'autopsie d'une fibromateuse un noyau métastatique unique dans le foie.

Voilà, approximativement, à *quel ordre de faits cliniques* on a appliqué le qualificatif de dégénérescence. On peut en donner le tableau schématique suivant :

Il s'agit habituellement de femmes, porteurs de fibromes depuis de très longues années. Le passé de leur tumeur n'a rien eu que de très classique : augmentation de volume de l'abdomen, métrorrhagies, ménorrhagies, signes de compression plus ou moins marqués. La ménopause s'est montrée, habituellement retardée, mais avec cette recrudescence si habituelle de tous les symptômes et surtout des symptômes congestifs. Puis tout est rentré dans l'ordre ; la tumeur a décru, les métrorrhagies ont disparu, et pendant deux ans, trois ans,

---

(1) LAROYENNE traitait il y a dix ans un fibromyome d'allures bénignes : il y a quelques mois la malade venait mourir dans le service d'A. POLLOSSON avec un péritoine farci de tumeurs fibreuses.

dix ans, vingt ans dans un cas de LANGERHANS, la malade a pu se croire à tout jamais débarrassée de sa tumeur. Mais, de façon assez brusque, la tumeur a paru croître : parfois cet accroissement a montré une rapidité foudroyante. Les métrorrhagies, les pertes fétides grisâtres, ou simplement la leucorrhée, ont reparu. L'abdomen a atteint des dimensions formidables. L'état général est devenu mauvais. Des signes de compression ont pu se montrer, l'œdème des jambes, la phlébite, l'albuminurie ont apparu comme dans les cas de mort par cachexie franche.

La malade a pu succomber avec des *phénomènes de généralisation* et des troubles viscéraux singuliers (accidents pulmonaires ou hépatiques), que l'autopsie seule expliquera.

Ou bien le toucher a révélé un *envahissement* du petit bassin inexplicable : tout le pelvis paraît rempli d'une masse à contours mal définis, dans laquelle utérus et annexes semblent impossibles à découvrir. Les déformations utérines présentent parfois, dans ces cas, une intensité singulière. La *cavité utérine* disparaît, et, pièces en main, il est quelquefois difficile, à la coupe, de la retrouver.

Ou bien, la malade, qu'inquiète son état général, se fait opérer à temps et l'*intervention* révèle les signes suivants : Ascite plus ou moins trouble, adhérences péritonéales traduisant l'irritation de la séreuse. L'utérus est, dans son ensemble, ou seulement au niveau d'une de ses tumeurs constitutives, mou, presque fluctuant. (Cette mollesse pseudo-kystique, appréciable au palper, a, dans bien des cas, permis à l'avance des réserves

dans le diagnostic). A la coupe, la tumeur incriminée, au lieu d'offrir l'aspect blanchâtre, brillant des fibromyomes ordinaires, est grisâtre, rosée, comme œdémateuse. Elle est creusée de géodes à contenu gélatiniforme, rosé, tremblotant, rappelant le blanc d'œuf ou certaines gelées de fruits. Parfois, bien délimitée, bien enserrée en une coque conjonctive, la tumeur dégénérée se confond par ailleurs avec des parties d'aspect encore nettement myomateux. Souvent, la coupe est rougeâtre, noirâtre, comme infiltrée de sang ; elle montre toujours la *section d'un très grand nombre de vaisseaux*. Parfois, aux géodes à contenu clair, se substituent de véritables kystes hématiques et des kystes parfois géants.

La tumeur offre-t-elle cette disposition rare, énigmatique, qui la montre développée en dehors de l'utérus, *en plein péritoine*, et l'on peut avoir, comme dans un cas, récemment opéré par A. Pollosson, une masse énorme (38 livres), gorgée de sang (il s'en écoula plus d'un litre dans le récipient où l'on l'avait placée), dure par places, kystique et d'aspect myxomateux par ailleurs, comme translucide par endroits, adhérente presque de toutes parts au péritoine, à l'épiploon. Comment de telles tumeurs peuvent-elles vivre? Sont-ce des métastases épiploïques gigantesques ? S'agit-il de tumeurs pédiculées de l'utérus, secondairement libérées et vivant isolément dans la grande cavité ? Bien des points demeurent obscurs dans cette intéressante question, que la rareté des observations n'éclaircira pas de sitôt.

Ou bien, ce sont des cas non moins remarquables : dans le petit bassin, derrière l'utérus, comme dans les

deux cas de CONDAMIN, au voisinage d'une cicatrice d'hystérectomie ancienne, des masses se développent, noirâtres, fongueuses, s'écrasant sous la main et rappelant, parait-il, de très près, le *frai de poisson*. La fluctuation de telles tumeurs a été telle que dans l'observation de CONDAMIN, la ponction fut pratiquée.

L'intervention peut enfin montrer dans de moindres limites que l'autopsie, la diffusion dans le foie, l'épiploon, le diaphragme, de *noyaux de généralisation*, L'auscultation avait pu faire soupçonner la généralisation pulmonaire.

Nature histologique de la dégénérescence.

Quand le microscope cherche la lésion caractéristique de tels désordres, il trouve dans la plupart, ce qu'on est convenu d'appeler du *tissu sarcomateux*. C'est-à-dire, qu'au voisinage des fibres-cellules musculaires caractéristiques du fibromyome, on trouve surtout au pourtour des vaisseaux, les *cellules petites*, *globuleuses* ou *fusiformes*, qu'on dit caractéristiques des néoformations conjonctives. Les mêmes éléments sont ceux qu'on retrouve dans les noyaux de généralisation.

D'où viennent ces petites *cellules* dites *sarcomateuses ?*

VIRCHOW les faisait naître aux dépens du *tissu conjonctif* du fibromyome ; la multiplication de cellules sarcomateuses amènerait la disparition progressive des cellules musculaires. CHROWBACK, GUSSEROW, HEGAR, LÉOPOLD, se sont ralliés à ces idées.

La plupart des auteurs ont accepté en revanche l'*ori-*

gine vasculaire de la tumeur. A l'étranger, Amann, Orth, Pfannenstiel, Kleinschmidt, en France Cornil et Ranvier, Pilliet et Costes, Hyenne adoptent en effet l'explication suivante : « Les cellules aplaties de l'endothélium vasculaire se segmentent, se multiplient, en formant autour des vaisseaux une couche de nombreuses cellules embryonnaires, arrondies, proéminentes qui, en continuant de se multiplier, produisent une série de couches concentriques. Le même processus se répète sur les nombreuses pointes d'accroissement vasculaire, et ces amas cellulaires pénètrent le tissu du myome. Les cellules musculaires irritées s'hypertrophient ; leur protoplasma devient irrégulier, leurs noyaux granuleux et elles disparaissent pour faire place au tissu sarcomateux qui s'étend peu à peu... La multiplication des cellules arrive à oblitérer la lumière des vaisseaux. On observe alors un arrêt de la circulation, une nécrobiose de ce territoire vasculaire et, ultérieurement la formation de pseudo-kystes sarcomateux... (1) »

Aux théories précédentes, s'oppose une théorie reconnaissant au pseudo-sarcome une *origine musculaire*. Kahlden, Williams et Pick ont soutenu la transformation des cellules musculaires elles-mêmes en cellules sarcomateuses proprement dites. Bérard et Paviot, dans un remarquable mémoire paru en 1897, dans les *Archives de médecine expérimentale*, ont admis pour la fibre musculaire lisse comme pour tout autre tissu, la possibilité de faire des tumeurs à cellules embryonnaires, malignes par conséquent. Ils ont admis du coup

(1) Boursier, p. 494.

la possibilité du *cancer musculaire lisse*. « Les fibres-cellules qu'on trouve dans les sarcomes utérins ne sont pas, disent-ils, les fibres préexistantes de l'utérus, ni les cellules d'un myome bénin subissant l'évolution maligne, mais elles représentent l'aboutissant naturel du mode évolutif fatal des cellules dites sarcomateuses vers la cellule musculaire lisse. » Les éléments embryonnaires ne sont pas à leurs yeux le produit de transformation des fibres musculaires préexistantes ; elles seraient au contraire ces mêmes cellules à *leur premier stade* de développement. Quant aux portions kystiques, myxomateuses, où la plupart des auteurs ont vu des lésions dégénératives par oblitération vasculaire par exemple, ces auteurs y voient « le siège d'un *processus d'accroissement suractif*, où se montrent les cellules les plus petites et les plus embryonnaires de la tumeur... L'existence de ces zones permet d'affirmer que la tumeur s'accroît ».

Les petites cellules sarcomateuses des anciens auteurs ne sont donc que de jeunes fibres musculaires. Le sarcome, la dégénérescence sarcomateuse ne sauraient donc constituer un fait nouveau, un élément étranger surajouté au fibromyome lui-même. Ici, comme ailleurs, c'est l'*élément noble* (la fibre musculaire dans le muscle utérin, les cellules épithéliales dans la muqueuse utérine) qui, parce qu'il est le plus vivace et le plus actif, fait le plus volontiers des tumeurs.

Quant à l'histogénèse exacte de ces petites cellules, Tripier « ne saurait y voir autre chose que, comme partout ailleurs, les *jeunes éléments dits conjonctifs*, mais qui sont de même nature que ceux des tissus où

ils se trouvent et qui vont former, comme cela paraît évident, les cellules musculaires que l'on peut observer, à partir des plus jeunes cellules, aux divers degrés de développement ».

Paviot et Bérard voient une confirmation de la nature *musculaire lisse* des pseudo-sarcomes utérins dans les observations de plus en plus fréquentes de *myomes* dits *malins*. Ces observations rentrent à vrai dire dans le cadre imprécis des sarcomes, et Delbet ne s'est point gêné pour déclarer « qu'examinés ailleurs qu'à Lyon, où les idées de Bard sont admises, les myomes malins de Gouilloud et Mollard, de Gangolphe et Duplan eussent été probablement étiquetés sarcomes ». Il s'agit, en substance, de fibromyomes à accroissement rapide, accompagnés de généralisations; dans les noyaux métastatiques on retrouve la fibre musculaire de la tumeur primitive. Tels sont les cas de Gouilloud et Mollard, de Duplan, de Brodowski, de Klebs, de Birch-Hirschfeld, de Langerhans. A ces cas, peuvent s'ajouter les observations plus récentes de Schlagenhaufer, d'Eveet, de Laurent, de Mastny, d'Oulezko Stroganowa. La nature musculaire de la tumeur apparaît évidemment. Si le sarcome avait, comme on l'a dit, une individualité propre, on ne devrait retrouver dans les métastases que les petites cellules caractéristiques. Or, on y retrouve des *fibres-cellules parfaitement développées*, c'est-à-dire, pour les auteurs cités, le dernier terme d'une évolution dont le premier stade est la petite cellule embryonnaire.

Devic et Gallavardin ont voulu pousser plus loin l'étude du *léiomyome malin*, du *cancer musculaire lisse.*

Réunissant divers cas, intéressant soit l'utérus, soit l'estomac, soit la peau, ils ont tenté d'édifier un *signalement microscopique* de la tumeur. Dans le fibromyome ordinaire, le myome bénin, les faisceaux musculaires offrent sur une coupe un aspect tourmenté, très irrégulier : les fibres-cellules sont souvent embryonnaires, plus ou moins globuleuses, les faisceaux séparés par un gros stroma conjonctif, les vaisseaux offrent quelque abondance. Dans le léiomyome malin, en revanche, nattage parfaitement régulier des faisceaux musculaires, état adulte de toutes les fibres-cellules, absence de stroma conjonctif, extrême pauvreté en vaisseaux. Enfin, existence possible pour le léiomyome malin, de points myxoïdes (rarement constatés par les auteurs) ; existence également possible de « formations musculaires géantes » dont la signification demeure encore à l'étude.

Tout récemment, à propos d'un cas de fibromyome à généralisations viscérales, DEVIC et GALLAVARDIN sont en partie revenus sur le tableau ci-dessus résumé. « Il s'agissait bien encore de léiomyome, mais il n'y avait absolument pas de formations géantes ; on trouvait par places un léger stroma fibrillaire, interposé entre les fibres-cellules, *ce qui laisse croire qu'il y a plusieurs variétés histologiques de léiomyomes malins, variétés tenant, sans doute, à l'âge, au degré de malignité, et peut-être aussi au lieu d'origine de ces diverses productions néoplasiques.* » Entre le *myome malin* dont les métastases renferment exclusivement des éléments musculaires adultes, et les *sarcomes* à petites cellules, on peut concevoir ainsi une série de formations *intermédiaires.*

Au *cancer musculaire lisse* se rattacheraient bien entendu des types anatomiques spéciaux comme le néoplasme singulier signalé par CONDAMIN.

L'hypothèse du cancer musculaire lisse est séduisante par ce qu'elle comporte de très simple et de très général. Elle est vraisemblablement exacte, mais bien des obscurités planent encore sur la pathogénie des tumeurs, bien des points restent encore à élucider. Et que de contradictions dans cet ordre d'hypothèses !

N'est-il pas remarquable de voir les léiomyomes les plus *malins* présenter les fibres-cellules les mieux formées, les plus développées, les plus nettement *adultes*, alors que toute tumeur à cellule embryonnaire est ordinairement une tumeur très maligne? On a objecté, il est vrai, que certains néoplasmes particulièrement *malins* du corps thyroïde ou de la muqueuse utérine offraient des noyaux de généralisation à cellules également *adultes* et parfaitement *normales* dans leur forme et leur ordonnance.

N'est-il pas curieux (car l'on ne peut contester la très grande majorité des examens pratiqués par les divers auteurs), de voir ces mêmes *métastases* comporter exclusivement soit *des éléments embryonnaires* (justification du mot sarcome), soit des *cellules adultes* (vrais myomes malins) ?

Si la dégérescence des fibromes ne comporte pas l'apport dans la tumeur bénigne primitive d'éléments anatomiques d'*une autre espèce*, si c'est uniquement le mode de prolifération, de rénovation des cellules musculaires utérines, qui fait de la tumeur tantôt une pro-

duction bénigne, tantôt un néoplasme malin, la limite, si nettement marquée ailleurs, entre l'adénome et l'épithélioma, par exemple, n'existe plus, et, l'existence une fois constatée, d'un fibromyome utérin, *on pourra s'attendre à toutes les dégénérescences sans qu'il y ait, à vrai dire, rien de changé dans la tumeur qu'une prolifération plus intense.*

Et c'est ainsi qu'on s'explique les appréhensions de nombre d'anatomo-pathologistes. « Nous avons constaté, disait PILLIET, que les fibromyomes présentaient très souvent, on pourrait presque dire toujours....., des parties *en évolution rapide* par prolifération des éléments cellulaires, et émis l'hypothèse que cette évolution s'approchait beaucoup des fibromyomes ordinaires des tumeurs sarcomateuses. »

Ainsi donc, *au moins histologiquement*, il n'y aurait, des tumeurs bénignes aux tumeurs malignes du muscle utérin, du *fibromyome ordinaire* au *fibromyome malin*, qu'une *différence de degré*. Et l'on ne voit pas alors quelles raisons pourraient arrêter le chirurgien qui voudrait opérer toutes les tumeurs qu'il diagnostiquerait fibromes, sous prétexte qu'elles représentent toujours *une étape vers la malignité?*

La clinique est meilleure conseillère. Elle montre que si *l'on a vu des corps fibreux récidiver ou se généraliser, on ne l'a vu que très rarement*. On voit couramment des fibromyomes atteindre des dimensions colossales sans comporter d'autres troubles que la gêne due à leur volume. *Devrait-on s'attendre à cela d'une tumeur histologiquement si voisine de la malignité ?* On enlève des

fibromyomes que le microscope montre en pleine dégénérescence, dont il fait des tumeurs fort suspectes, des *myomes malins*, et c'est d'une façon particulièrement exceptionnelle qu'on voit ces tumeurs récidiver.

Malignité histologique, malignité clinique, sont deux choses bien *distinctes*. Que de chirurgiens en ont fait l'expérience et que de graves mutilations l'on a vu inutilement imposées au nom des données encore incertaines de l'examen microscopique !

Il semble qu'on puisse résumer de la façon suivante les *conclusions pratiques* à tirer des faits qui viennent d'être exposés :

On a très *rarement* vu des malades porteurs de fibromyomes succomber à la *dégénérescence maligne* de ces tumeurs, avec récidive opératoire ou métastases.

Cliniquement, si l'on tient compte de la très grande fréquence des fibromyomes qu'on opère et du nombre plus grand encore de ceux qu'on n'opère pas, la *dégénérescence maligne* des myomes utérins est un fait *absolument exceptionnel*.

Histologiquement, le tissu musculaire utérin peut, comme tous les autres tissus, faire des tumeurs *bénignes* ou des tumeurs *malignes;* entre ces types extrêmes, tous les intermédiaires se rencontrent, et, dans la tumeur la plus *bénigne*, on peut toujours trouver des éléments *suspects*.

Et, pour en arriver à une formule pratique, le mieux est de suivre la règle de conduite formulée par la plupart des chirurgiens lyonnais : *tout fibrome qui, après arrêt à la ménopause, présente à nouveau des phénomènes*

d'accroissement rapide, devient par là même suspect et doit être enlevé.

On trouvera au chapitre bibliographique l'indication de la plupart des cas auxquels il a été fait allusion plus haut. Dans le tableau ci-dessous, emprunté en partie au rapport de La Torre au Congrès de 1900, on a réuni diverses statistiques et cherché avec quelle *fréquence* divers chirurgiens contemporains ont vu dégénérer les fibromyomes utérins. Les très grands écarts signalés entre les diverses moyennes font sentir, mieux qu'aucune considération, combien l'on est encore loin de s'entendre sur les questions *tumeurs*, en général, et *dégénérescence sarcomateuse*, en particulier !

AUTEURS	NOMBRE DES FIBROMES examinés	FIBROMES DÉGÉNÉRÉS	PROPORTION p. %
Martin	205	6	29.2
Jacobs	171	4	23.4
Varnek	24	1	41.6
Vladimiroff	372	2	5.3
Goroklov	50	1	20
Gurlt	883	2	2.1
Olshausen	1,000	8	8
Hofmeier	400	7	17.5
Dührssen	200	12	60
La Torre	172	1	5.7
Durante	92	0	*x*
Ruggi	138	5	35

XV

FIBROME ET GROSSESSE

On pourrait croire, à priori, que les fibromyomes utérins ont souvent été, au cours de la grossesse ou du travail, le point de départ d'accidents mortels. Il n'en est rien ; les fibromes n'ont même qu'exceptionnellement, quoi qu'on ait pu dire, causé d'accidents sérieux, au moins directement. Au Congrès de 1900, PINARD objectait à MARTIN qui formulait un pronostic plutôt sévère, les chiffres suivants : De 1895 à 1901, 12,051 femmes ont accouché à Baudelocque ; 83 étaient porteurs de fibromes ; chez quatre seulement, l'accouchement par les voies naturelles fut impossible et nécessita une intervention.

Cet optimisme est excessif, car nombre de complications graves, dues aux fibromes, éclatent au cours même de la grossesse et non pendant le travail. Il est donc utile d'étudier séparément quels graves accidents l'existence d'un fibrome peut entraîner pendant la *grossesse*, d'une part, le *travail*, d'autre part.

A. — *Pendant la grossesse.* — Les complications mortelles dues à des fibromyones sont, à cette période, plutôt indirectes et relèvent surtout d'accidents secondaires eux-mêmes à l'évolution du fibrome utérin. On

sait que la gravidité imprime à ces tumeurs d'importantes modifications. L'imbibition gravidique se fait sentir à leur niveau comme dans toute l'étendue du muscle utérin. Le myome perd ses contours bien délimités, grossit, se ramollit, quoiqu'il puisse se contracter sous la main qui le palpe. Il augmente de volume et, histologiquement, offre à cette période un tissu œdématié. Les fibres-cellules sont en pleine dégénérescence graisseuse.

Cet accroissement, l'état congestif du fibrome expliquent les cas d'*occlusion intestinale*, de *péritonite* légère, d'*ascite* par tiraillements de la séreuse ou déplacement marqué de la tumeur.

Ils expliquent encore ces accidents rares sur lesquels on a récemment insisté, de coudure ou de *torsion* de l'utérus gravide tout entier autour d'un pédicule représenté par son *col* (Reinprecht).

La présence même d'une tumeur, en s'opposant à l'insertion régulière de l'ovule fécondé, fait comprendre que le *placenta prævia* soit plus fréquent qu'ailleurs dans les utérus porteurs de tumeurs fibreuses. Au placenta prævia, se rattachent secondairement d'abord les *hémorragies par insertion vicieuse* et surtout l'*avortement*. Dans sa thèse (1881), Lefour, dont la statistique a porté sur 227 cas, dit avoir rencontré 39 avortements, chiffre un peu supérieur à la moyenne habituelle (1).

(1) Hofmeier, sur 36 cas de grossesse compliquée de fibrome, a vu 4 avortements, soit *un* avortement pour *neuf* grossesses. Comme en dehors de tout fibrome on voit, d'après cet auteur, *un* avortement pour *huit* ou *neuf* grossesses, la présence d'un fibrome serait chose indifférente, ou même très légèrement favorable à l'heureuse évolution de la grossesse ! (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1900. Bd. 42.)

Mais l'*avortement*, comme les *suites de couches*, bien que les classiques ne paraissent pas avoir insisté sur ce point, est surtout grave par les phénomènes d'infection qu'il entraîne. La béance de l'orifice utérin, l'existence dans un utérus entrouvert et flasque de liquides, qui constituent d'excellents milieux de culture, favorisent au plus haut point l'infection de la tumeur. On peut évaluer à presque *la moitié* des cas de sphacèle ou de suppuration le nombre de ceux dans lesquels l'avortement ou le post-partum a ouvert la porte à l'infection. C'est très souvent qu'après un avortement de quelques mois, des accidents infectieux graves viennent révéler l'existence d'un myome et sa suppuration. Dans un cas opéré par Violet, dans le service d'A. Pollosson, l'expulsion de masses fibromateuses sphacélées fit même croire un instant à la rétention d'un placenta putréfié, et il fallut l'examen soigneux des masses expulsées pour rectifier l'erreur de diagnostic. Aux phénomènes de sphacèle, de suppuration du myome ou de sa coque, se rattachent, bien entendu, les accidents mortels d'*infection générale*, de *pyohémie*, de *péritonite* signalés plus haut.

B. — *Au moment du travail*, les complications mortelles dues aux fibromyomes utérins résident surtout dans les *dystocies*.

La présence d'un myome est une cause grave d'accommodation imparfaite. Lefour, sur 103 cas de grossesse dans un utérus fibromateux, a vu 53 présentations du sommet (50,98 °/₀) ; 33 présentations du siège (32,35 °/₀) ; 17 présentations du tronc (16,66 °/₀). Ces chiffres sont,

bien entendu, très différents des pourcentages habituels de ces diverses présentations. La très grande *fréquence* des présentations *transversales* et la nécessité où l'on se trouve, en pareil cas, d'intervenir fait comprendre certains cas de mort, due indirectement au fibrome, chez des femmes non secourues.

Dans quelques très rares cas, on a pu voir une tumeur *calcifiée adhérente* ou fixée *au col* ou dans la portion qui constitue le segment inférieur, ne pas subir l'ascension habituelle à ces tumeurs au cours du travail, obstruer le bassin, et arrêter le travail. Fabrice de Hilden, Ameline, ont rapporté des cas de ce genre. On en trouve quelques exemples dans Boivin et Dugès. Zeller a vu « une tumeur dite athéromateuse, arrêter pendant treize jours la sortie du fœtus » ; Denmen, le travail traîner sept jours. La mort survint dans le premier cas par *rupture utérine*, dans le second par *hémorragie* et *épuisement*, avant qu'on ait tenté la version.

Lorsque l'obstruction, l'enclavement ne sont pas tels que la tumeur, ramollie, ne puisse à la fin évacuer le petit bassin et remonter dans l'abdomen, la femme a pu mourir des complications habituelles à tout travail prolongé, *hémorragie* ou *infection*. « Une femme accouchée à la Maternité de Paris, mourut de la *péritonite* et offrit, dans les parois du col de l'utérus, une tumeur fibreuse du volume du poing; le travail avait été très long, très pénible. La tête n'avait pu passer qu'en s'écrasant contre les parois du bassin ». (Boivin et Dugès).

La *délivrance* a pu, chez quelques malades porteurs de fibromes, entraîner du fait de ces tumeurs, la mort par

hémorragie ; c'est à l'insertion de la tumeur au niveau du segment inférieur, qu'est dû le plus souvent cet accident. CHAUSSIER en a rapporté un exemple caractéristique.

C. — Enfin les *suites de couches* semblent particulièrement dangereuses chez les malades dont l'utérus fait mal son involution. Au même titre qu'après l'avortement, on a pu voir chez certaines malades une tumeur ne s'*infecter* qu'après cette période.

Les accidents mortels par grossesse compliquée de fibrome relèvent, on le voit, beaucoup plus du domaine de l'obstétrique que de la gynécologie. Les observations qui en ont été publiées rentrent pour la plupart dans le cas des accidents *évitables*. Quand une tumeur par exemple a permis, même au prix d'une présentation transversale, à une grossesse d'évoluer jusqu'à terme, si la malade succombe, elle périra moins du fait de la tumeur que de l'impéritie de l'accoucheur. Et le fibrome est encore ici presque à innocenter.

De plus, si l'on excepte les accidents d'infection de la tumeur (et les classiques insistent vraiment trop peu sur les relations qui unissent au sphacèle des fibromes l'avortement ou l'accouchement), les complications mortelles inévitables sont extrêmement *rares*.

On ne doit donc pas, comme l'on fait BLANDIN, DEPAUL, BAYLE, déconseiller le mariage aux femmes porteurs de fibrome. Leur tumeur, si l'on en croit THUMIN, OLSHAUSEN, CHROBAK, HOFMEIER, ne les condamnerait pas à la stérilité, et si la grossesse survient, elles

pourront accoucher heureusement dans la plupart des cas, sous le contrôle, cependant, d'une surveillance rigoureuse. Et c'est la règle, actuellement acceptée par tous les accoucheurs, de *ne pas intervenir* en vue de complications éventuelles, et de réserver toute opération obstétricale ou gynécologique aux accidents *réalisés*.

XVI

RÉSULTATS

Ce travail s'était donné pour objet de répondre aux questions suivantes :

« Meurt-on de fibromyome ?

« L'intervention chirurgicale met-elle les malades à l'abri de dangers mortels ?

« En dehors des indications d'urgence, y a-t-il des raisons valables à opérer ce genre de tumeurs ? »

Et voici les données générales qu'on peut tirer des pages qui précèdent.

On a réuni environ 170 observations de *mort par fibromes utérins*. Quelques-unes sont inédites : le plus grand nombre a été recueilli dans la littérature médicale des trois premiers quarts du dix-neuvième siècle.

Ces 170 observations se rapportent toutes à des cas de mort *spontanée*, sans intervention chirurgicale autre que le *toucher vaginal* dans un certain nombre de cas, l'*hystérométrie* dans quelques autres.

Ces 170 cas se répartissent de la façon suivante :

9 sont imputables à la *cachexie*.
11 aux *hémorragies*.
85 aux complications *infectieuses*.

De ce dernier chiffre *un quart* environ ressortit aux *complications annexielles ;* un autre *quart* à la *péritonite* sans lésions utérines ou salpingiennes préalables. Tout le reste se rattache à la *gangrène*, au *sphacèle*.

44 cas de mort ont été dus à des phénomènes de *compression ;* dans une *moitié* des cas, la compression s'exerçait sur les *voies urinaires ;* dans l'autre, sur le *tube digestif*.

Une vingtaine d'observations se rattachent aux accidents *cardio-vasculaires*. Quelques-unes à la *torsion*.

Par ordre d'importance, la cause de mort la plus *fréquente* serait donc l'*infection*. Viendraient ensuite les *compressions*, les accidents *cardiaques* ou *vasculaires*, les *hémorragies*, la *cachexie*. La question de mort par *dégénérescence de la tumeur* ou par *association de la grossesse* et d'un *fibrome* a été réservée, puisque dans ces cas le fibrome n'est *pas seul* et qu'un élément, parfaitement évitable dans le cas de grossesse, s'y est ajouté.

L'âge moyen auquel la mort a été entraînée par une des complications étudiées, a été environ de 44 ans et 10 mois. Cet âge moyen variait du reste avec chaque cause de mort. C'est ainsi que la *cachexie* n'a tué les malades qu'à *57 ans ;* les morts les plus précoces ont été celles par *complications infectieuses*, à 42 ans et 9 mois ; les accidents de *compression* tueraient les malades un peu plus tard, vers 47 ans et demi.

Au total, les années où la mort paraît avoir été la plus fréquente, sont, d'une part, les années comprises entre 36 et 42 ans, d'autre part entre 47 et 50 ans.

Il demeure bien entendu qu'on ne doit attacher aux chiffres ci-dessus qu'une valeur très relative.

Il eût été curieux de savoir *depuis combien de temps* l'existence de la tumeur était connue lorsque la mort s'est produite ; mais la plupart des observations ne contiennent à cet égard que des renseignements incomplets. L'âge des malades au moment de leur mort n'est même pas toujours nettement spécifié ; beaucoup d'auteurs se contentent d'approximations vagues telles que *cinquantaine* ou *quarantaine*. Et, sur 171 observations, 114 seulement donnaient des chiffres précis.

Un autre élément enlève toute valeur à ces moyennes. C'est l'existence de *chiffres extrêmes*. Sur 114 malades, 6 avaient moins de 30 ans (23, 24, 26, 28, 30), 10 avaient de 60 à 70 ans, 3 avaient plus de 70 ans. Alors qu'il est aujourd'hui bien avéré que l'âge moyen de la vie est l'âge de plein développement des fibromes.

Donc, on ne s'arrêtera pas aux chiffres. La seule donnée vraiment intéressante, la seule sur laquelle les *classiques* n'insistent peut-être pas autant que de raison, c'est la *fréquence de la mort par complications septiques* (péritonite, pyohémie consécutives à des annexites, à la suppuration ou à la gangrène d'un fibromyome). Il semble bien que ce soit là le gros danger ; c'est la cause de mort la plus habituellement relevée dans les publications anciennes et en dehors de toute intervention chirurgicale, à une époque où le manque d'asepsie pouvait être incriminé.

Quant à la très intéressante question de savoir *quelle espèce de fibromes* a déterminé la mort, s'il s'est agi de tumeur pédiculée, sous-muqueuse, interstitielle ou sous-

péritonéale, les observations publiées sont généralement trop sobres de détails pour permettre une statistique sérieuse. Il semble bien que par *ordre de gravité*, les fibromes puissent être rangés dans l'ordre suivant : polypes volumineux, tumeurs sous-muqueuses, fibromes sous-péritonéaux. En d'autres termes, qu'en raison du caractère facilement grave des infections surajoutées, ce soient les tumeurs *les plus exposées* à l'infection, les plus *voisines du contenu septique de la cavité vaginale*, qui, le plus volontiers, fassent des complications mortelles. Mais il est impossible de disposer en une échelle de gravité, des lésions séparées elles-mêmes par d'imperceptibles différences. Il est des polypes mortels et des polypes bénins. Les grosses tumeurs interstitielles, offrant une large surface tapissée de muqueuse, sont très souvent le siège des plus graves infections ; mais il en est beaucoup qui passent inaperçues, et bien que les très gros fibromes soient habituellement plus dangereux que les très petits, on voit fréquemment des tumeurs géantes demeurer innocentes, et de petits fibromes tuer les femmes qui en sont porteurs.

Telles sont les données générales qu'on peut déduire de l'ensemble des observations rapportées au cours de ce travail.

Que faut-il penser de la méthode — et c'était la seule permise — qui a consisté à rechercher dans la littérature médicale les cas publiés de mort par fibrome, à les répartir en des chapitres distincts, selon les différentes causes de la terminaison fatale ?

Permet-elle d'établir une *mortalité relative ?*

Permet-elle d'établir une *mortalité absolue?*

A supposer que ce travail ait réuni *toutes* les observations connues de *mort* par fibrome (et le simple bon sens fait excuser d'inévitables oublis), il n'aurait porté que sur les observations *publiées*. Or, on ne publie guère que les cas suivis d'autopsie, ou mieux que les cas observés à l'hôpital. Mais, si l'on va mourir à l'hôpital de complications telles que le sphacèle, la péritonite, l'étranglement, justiciables d'une intervention, on meurt chez soi d'albuminurie, de thrombose, de cachexie, on meurt dans la rue d'accidents cardiaques.

Et voilà pourquoi, sur les 171 cas de mort publiés, il en est *dix* à peine qui relèvent de la *cachexie*, du lent épuisement *dont meurent sans doute en réalité la plupart des malades que tue leur tumeur.*

Chez elles, tout est lésé à la fois: cœur, poumons, reins souffrent également. Ces malades, auxquelles on refuse en général toute intervention, en raison même de leur cachexie, ne sont habituellement surveillées que par des *médecins*. Et ceux-ci, quand la mort survient, songent sans doute plus volontiers aux lésions cardiaques ou rénales qu'à la tumeur elle-même.

Une statistique, comme celle qui a fait l'objet de ce travail demeure, donc très artificielle. Elle ne vaut que pour un milieu déterminé. Elle n'apprécie respectivement les causes de la mort que dans des conditions spéciales. Elle ne donne, pour mieux dire, que la *mortalité relative* des *fibromes qui meurent à l'hôpital.*

Enfin, et surtout, à la supposer exacte et complète, elle ne parle que *des morts* et ne dit rien des malades que *la tumeur a laissées vivre !*

Pour obtenir ce *rapport* entre les cas *bénins* et les cas *mortels*, le mieux serait de s'adresser à un très grand nombre de cliniciens, à leurs souvenirs personnels, à l'impression d'ensemble qu'ils peuvent avoir gardée de leurs malades; le mieux serait de comparer des statistiques globales individuelles, et d'en tirer des lois générales.

Impressions d'ensemble ou *chiffres statistiques* fournis individuellement par une série de médecins, de chirurgiens, voilà donc les seules données qui devraient permettre d'atteindre la solution du problème. Hâtons-nous de dire qu'ici, comme si souvent dans le domaine des études médicales, la rigueur apparente des statistiques le cède de beaucoup en intérêt et en sécurité à l'imprécision plus clairvoyante des jugements d'impression.

Les *statistiques individuelles*, un peu étendues, sont peu nombreuses : on les a vite épuisées.

West a donné des soins, à une époque où l'on n'opérait pas, à *96* malades atteintes de fibromyomes. « *Une seule* malade mourut d'hémorragie neuf ans après l'apparition des premiers symptômes de la maladie ; dans deux autres cas également funestes, la mort fut le résultat d'une inflammation utérine et péritonéale, suite d'accouchement. Les symptômes de ces tumeurs ont eu une durée moyenne d'un à vingt ans ; 18 cas ont oscillé entre un et quatre ans ; 16 entre quatre et dix ans ; 5 entre dix et vingt ans. » West concluait formellement, on le pense bien, à la bénignité des fibromes.

L'optimisme de West s'explique : il n'opérait pas ses malades. Avec Noble et Cullingworth, la statistique parle tout autrement.

Cullingworth estime que l'innocuité des fibromes est une légende, que l'intervention doit être toujours faite et toujours faite de bonne heure. Il a opéré 100 malades (89 par hystérectomie abdominale, 9 par myomectomie); un fibrome fut enlevé au cours d'une césarienne, un autre au cours d'une laparotomie exploratrice.

De ces *cent* fibromes, il y en avait 15 gangrenés ou sphacélés; une quarantaine avaient l'aspect de la dégénérescence œdémateuse ou myxomateuse; douze fois, il y avait d'abondantes adhérences péritonéales; deux fois, les urétères étaient distendus, infectés, et, dans un cas, les reins infiltrés d'abcès. Il y avait, de plus, une grossesse tubaire et deux pédicules tordus. Les complications septiques (gangrène ou infection) se rencontraient chez les malades les plus jeunes, et cela en raison des chances plus nombreuses d'infection au cours de grossesse.

Noble a surveillé et opéré 218 fibromes. Les interventions lui ont montré les particularités suivantes :

Appendicite	4
Hydrosalpinx unilatéral	5
Hydrosalpinx bilatéral	8
Hématosalpinx	1
Infiltration calcaire	5
Kyste de l'ovaire tordu	1
Kyste de l'ovaire suppuré	1
Kystes des deux ovaires	2
Kyste d'un seul ovaire	19
Kystes multiples des ovaires	2
Kyste dermoïde bilatéral	1

Kyste dermoïde suppuré	1
Kyste dermoïde tordu	1
Fibrome intra-ligamentaire	10
Rétroversion utérine	3
Prolapsus utérin	3
Kyste para-ovarien	2
Grossesse extra-utérine	3
Tumeur solide des ovaires	1
Abcès de l'ovaire	1
Pyosalpinx bilatéral	5
Pyosalpinx unilatéral	3
Salpingite double	2
Salpingite unilatérale	5
Fibromyxome	5
Fibro-kyste	5
Fibrome gangrené	12
Cancer du corps	3
Cancer du col	4
Sarcome utérin	2
Déciduome	1

Noble se fonde sur l'existence de semblables complications, d'une part ; sur l'anémie extrême de quelques-unes de ses malades, d'autre part, pour affirmer que 93 de ses 218 opérées étaient vouées, sans l'intervention, à une mort certaine : soit 42 %.

L'auteur fait quelques réserves sur ce chiffre qu'il trouve lui-même exagéré et estime qu'on peut évaluer *la mortalité des fibromes abandonnés à eux-mêmes à 30 ou 33 pour cent.*

Nous sommes loin du pourcentage de West : *3 ou 4 pour cent environ.*

Nous sommes encore loin des chiffres acceptés par Olshausen. Sur 200 fibromes qu'il a vus en clientèle en 1895 et 1896, il n'a trouvé que 33 fois des indications opératoires formelles. Et encore le chiffre de *16,5* °/₀ qu'il accepte ainsi, correspond-il à un petit nombre de cas où l'abstention aurait été fatale, et à un plus grand nombre d'observations, où le volume de la tumeur, les métrorrhagies faisaient de la malade une impotente et nécessitaient l'intervention.

De tels écarts entre des chiffres établis sur des statistiques aussi étendues, donnent beaucoup à réfléchir. Ils montrent quelle confiance il faut avoir aux conclusions formulées numériquement et quelle distance sépare leur rigueur théorique de la réalité des faits.

Mais si l'on s'adresse à l'*impression générale* qu'ont gardée de leur pratique médecins ou chirurgiens, à grosse clientèle et vastes services hospitaliers, la note est uniforme et correspond absolument à la réputation classique des fibromyomes utérins.

On voit *mourir* des malades porteurs de ces tumeurs mais on les voit *mourir rarement*. Il faut un effort de mémoire au praticien qu'on interroge pour retrouver — péniblement — deux ou trois cas de fibromes à évolution fatale, et le double d'interventions motivées par des accidents qui auraient pu être mortels.

Et cela est confirmé par le caractère *rare* de la plupart des genres de mort. Les plus fréquentes, les *complications infectieuses*, celles qui amènent presque sûrement les malades à l'hôpital, ne se voient que par exception,

soit dans un service de chirurgie générale, soit même dans un service gynécologique. Pendant le semestre d'été 1904, avec un roulement considérable, le service d'A. Pollosson n'a compté que *quatre* ou *cinq* cas de cette nature.

De la *rareté des accidents mortels*, directement imputables aux fibromyomes, peut-on légitimement conclure qu'il faut *restreindre l'intervention* aux cas dans lesquels une complication menaçante est venue réclamer une intervention d'urgence ? A-t-on le droit d'opérer seulement les tumeurs qui mettent en *danger immédiat* la vie des malades ?

L'hystérectomie est en effet une opération, malgré tout, meurtrière ; aux mains des meilleurs opérateurs elle donne encore une mortalité qui varie avec les statistiques de 5 à 10 pour cent. Les chiffres plus faibles correspondent sûrement à des séries trop courtes ou à des statistiques trop expurgées. Sur *cent* fibromes qu'on opère, en dehors bien entendu de toute complication préalable pouvant aggraver le pronostic, il meurt de *cinq à dix malades*.

Sur *cent* femmes porteurs de myomes non compliqués, en meurt-il de *cinq à dix* uniquement du fait de leur tumeur ?

C'est peu probable, et, à ce compte, les chirurgiens seraient plus dangereux que les fibromes. En toute logique, une femme courrait *moins de chance à laisser évoluer sa lésion* qu'à *réclamer*, suivant une formule célèbre, l'*opération* pour une tumeur qui « *sitôt diagnostiquée doit être opérée* ».

Mais cela n'est qu'un paradoxe : il ne faut pas confondre, en effet, avec la *vie normale* l'existence de certaines fibromateuses que leur tumeur laisse *pourtant vivre*. Combien de malheureuses voit-on traîner de longues années, déformées, infirmes, inutiles, pendant la longue période où l'expectation leur fait attendre une ménopause qui recule indéfiniment ; condamnées au séjour à la chambre, épuisées par la gène respiratoire, la constipation, les troubles de la miction, anémiées par les hémorragies, impropres à la maternité, incapables d'*agir*, de *vivre*, au sens complet du mot !

Et l'on comprend la réflexion de MARTIN : « Il n'est pas superflu de rechercher, s'il faut étayer le pronostic de ces tumeurs d'après la plus ou moins grande mortalité, ou si, en l'établissant, il faut tenir compte de ce que deviendra la *vitalité* de la femme, son *aptitude au travail*, et la *possibilité* pour elle d'une vie supportable. En se plaçant à ce dernier point de vue, le pronostic du myome traité par l'expectation est absolument défavorable ».

Ainsi se justifie, alors même qu'elle n'a pas *toujours* pour objet de parer à des *accidents mortels*, la pratique de tous les chirurgiens à la fois hardis et ménagers de l'acte opératoire. Ne pas intervenir toutes les fois qu'un fibrome a été diagnostiqué au nom seulement de son existence ; accepter les opérations palliatives ; ne prendre le bistouri qu'en face d'accidents confirmés ou sous la menace de complications réelles et prochaines, respecter les cas, où tout se borne, suivant l'expression de POZZI à « une *difformité cachée* ou à une *infirmité légère* »,

telle est la règle de conduite adoptée par tous les chirurgiens de l'École lyonnaise, de cette école de prudence, où l'on préfère une *observation* bien prise à dix *hypothèses* non vérifiées, et dont un des maîtres résumait dans l'admirable formule que voici, les droits du chirurgien à l'intervention : « Ce n'est pas parce qu'une opération est inoffensive, que le chirurgien peut se croire en droit de la pratiquer! »

Certes, ce sont les audaces qui font les progrès ; à opérer tous les fibromes qu'il rencontre, un chirurgien enlèvera mieux plus tard, ceux qu'il sera indispensable d'enlever, et les morts anonymes de la chirurgie à outrance font les succès opératoires de l'avenir. Mais, ériger en règle générale *l'ablation de tout fibrome diagnostiqué* est, encore avec les ressources et les dangers de la chirurgie actuelle, une formule plus qu'*imprudente*.

Et, bien qu'il y ait une apparente contradiction à n'avoir parlé dans tout ce travail que de *la mort par fibromes*, pour vanter ensuite leur *bénignité*, c'est encore le fait d'une chirurgie éclairée et consciencieuse que de dire, avec Lannelongue : « Je repousse de toute mon énergie des opérations que ne réclament pas des accidents sérieux, des menaces de mort à plus ou moins bref délai... *Ne pas nuire*, telle doit être la devise du médecin et du chirurgien. »

CONCLUSIONS

L'étude de 171 cas de *mort* directement imputable au développement d'un fibromyome utérin non opéré permet de ramener la terminaison fatale aux différentes causes que voici :

1° La *cachexie fibromateuse* (9 cas, soit 5,2 °/₀), état complexe dans lequel interviennent à la fois les phénomènes de compression des viscères abdominaux, l'épuisement par hémorrhagies, l'infection légère, la coprémie, la phlébite, les lésions cardiaques et rénales, etc ;

2° Les *hémorrhagies* (11 cas, soit 6,4 °/₀). Habituellement, elles n'entraînent une anémie grave que par leur répétition ; quelquefois, elles ont pu être foudroyantes par ouverture d'un gros sinus veineux. Aux métrorrhagies proprement dites se rattachent certains faits exceptionnels de rupture dans la cavité péritonéale de gros vaisseaux sous-séreux ;

3° L'*infection* semble l'étiologie le plus souvent à invoquer (85 cas, 49,5 °/₀). Elle paraît, dans la majorité des cas, en relation avec la *grossesse*, l'accouchement ou l'avortement. Elle offre, suivant les cas, une localisation, une gravité, une évolution variables.

a) Dans 47 cas il s'est agi de *sphacèle* ; 9 fois, une tumeur sous-muqueuse, plus ou moins largement pédiculée, a entraîné la mort par évacuation imparfaite de la cavité utérine et *résorption* putride ; — 16 fois, la nécrobiose, puis la gangrène ont envahi une tumeur interstitielle et abouti le plus souvent à la *suppuration* de sa coque conjonctive (fibrome suppuré), la mort survenant par septicémie ; — 22 fois enfin, la terminaison fatale a été due à une péritonite consécutive à la *rupture* dans la séreuse d'un foyer de sphacèle ;

b) Dans 19 cas, une *annexite* suppurée, consécutive elle-même au développement de la tumeur, a entraîné une péritonite mortelle, soit par simple *propagation*, soit par *rupture* d'un pyosalpinx dans la grande cavité péritonéale ;

c) En l'absence de lésions évidentes de la tumeur elle-même (sphacèle), ou des annexes (pyosalpinx), l'infection a pu, dans 19 cas, déterminer une *péritonite* localisée d'abord, généralisée secondairement. Dans un petit nombre de faits de péritonite locale, on a pu constater des accidents de *pyohémie* ;

4° La mort a pu être causée par *compression* des viscères abdominaux et pelviens dans 44 cas, soit 25,8 °/₀ environ. Elle s'exerçait tantôt sur l'*intestin* (20 cas) et déterminait l'occlusion, tantôt sur les *uretères* (13 cas) entraînant l'albuminurie, la pyélonéphrite, l'urémie, tantôt enfin sur les parois mêmes de l'*utérus*, du *vagin*, de la *vessie*, sur la *paroi abdominale* (11 cas) ; la mort a été due alors à la perforation du viscère, à l'ouverture du péritoine, et à l'infection consécutive ;

5° L'existence d'une volumineuse tumeur pelvienne a pu entraîner la mort dans 19 cas (11,1 °/₀), soit par *thrombose* des sinus veineux pelviens et embolie pulmonaire, soit par *lésions cardiaques* (myocardite scléreuse, insuffisances valvulaires) et brusque syncope ;

6° Enfin, quelques cas de mort se rattachent à la *torsion* d'un fibromyome pédiculé sous-séreux ;

7° On doit réserver, comme ne se rapportant pas à la seule évolution du fibromyome, les cas de *grossesse et fibrome associés*, les cas de *dégénérescence maligne* de la tumeur. La question du sarcome, du myome malin n'est pas élucidée ; il leur manque encore une individualité clinique et anatomique.

Quant à l'*association* du fibrome et de l'*épithélioma*, la fréquence relativement plus considérable du *cancer du corps* au cours du développement des fibromes utérins doit attirer de nouvelles recherches. Si l'appel à la tumeur maligne que semble créer la présence d'un fibrome volumineux était vérifié, on y devrait voir une très sérieuse indication opératoire ;

8° L'*âge moyen* de la mort par fibromyome utérin, était, dans les 171 cas étudiés, de 44 ans et 9 mois. Cette moyenne n'est pas applicable aux diverses complications envisagées. La mort est arrivée plus tôt dans le cas d'accidents infectieux (42 ans et 8 mois), plus tard dans le cas de cachexie (57 ans et 5 mois). Le maximum de décès s'est rencontré d'une part entre 36 et 42 ans, d'autre part entre 46 et 50 ans. Dans un très petit nombre de cas, la mort est survenue avant 30 ans ou après 60 ans.

9° De l'étude de ces cas mortels on ne peut tirer un argument en faveur de l'intervention systématiquement appliquée à tous les cas de fibromes diagnostiqués. Ces morts offrent, pour la plupart, un caractère *exceptionnel*. Elles sont *rares*, bien qu'il soit impossible d'opposer à une statistique de mortalité, une statistique de bénignité.

Les ressources de la chirurgie abdominale sont encore trop précaires, le coefficient de mortalité opératoire trop élevé pour qu'on puisse *toujours* proposer une intervention, au total plus dangereuse que la tumeur elle-même, au moins dans la plupart des cas.

L'opération doit donc être *réservée* (et c'est l'opinion communément acceptée), aux cas qu'une complication réalisée ou imminente rend dangereux, aux tumeurs qui s'accroissent après la ménopause, à celles qui par leur excessif développement ou l'exagération d'un de leurs symptômes, sans mettre directement la vie en péril, la rendent impossible à supporter.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

AGOSTINI. — Fibromes gangrenés. (Montpellier médical, 1885.)

ALBAN DORAN. — Fibrome et grossesse. (Edimb. Med. J., 1903.)

ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1858.

ARTAUD. — Néphrite déterminée par la compression des urétères dans le cours des cancers de l'utérus. (Rev. de Méd., 1883.)

AUVARD. — Traité pratique de gynécologie, 1892.

BAHRI. — Des dégénérescences malignes des fibromes utérins. (Th. Lyon, 1895.)

BALADE. — Etude sur la gangrène des myomes utérins. (Th. Paris, 1875.)

BALTISCHWILER. — Myome et ses complications. (Th. Zurich, 1902.)

BANTOK. — Le foie dans les tumeurs de l'abdomen. (Brit. Gyn. J., 1887.)

BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.

BASTARD. — De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. (Th. Paris, 1882.)

BATUAUD. — Les hémorragies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus. (Th. Paris, 1891.)

BAUER. — Complications des fibromes. (Th. Strasbourg, 1903.)

BAYLE. — Dictionnaire des Sc. Medic., 1802.

BAZY. — Hystérectomie pour fibrome ; cancer dix ans plus tard. (Bull. Soc. Chir., 1904.)

BAZOR. — De la mort subite dans les fibromes utérins. (Th. Paris, 1895.)

---

(1) On ne trouvera pas répétées ici les indications bibliographiques déjà fournies dans le texte.

Beckmann. — Sarcome utérin. (Z. f. Geb. u. Gyn., 1899.)

Bégouin. — Fibrome et cancer du col. (Journ. Méd. Bordeaux, 1897.)

Bennett. — Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, 1850.

Bérard. — Fibrome dégénéré. (Soc. Sc. Méd. Lyon, 1895.)

Bérard. — Myome malin. (Soc. Sc. Méd. Lyon, 1896.)

Bérard. — Etranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule. (Gaz. des Hôp., 1901.)

Bernutz. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes, 1888.

Bigex. — Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées. (Th. Paris, 1900.)

Birch-Hirschfeld. — Leiomyome à métastases. (Lehrb. d. allg. path. Anat., 1886.)

Bisch. — La gangrène des fibromes utérins non pédiculés. (Th. Paris, 1901.)

Bœckel. — Occlusion intestinale par fibrome. (Rev. de Gyn., 1899.)

Boissard. — Troubles de la miction dans les maladies de l'utérus. (Th. Paris, 1882.)

Boivin (Vve) et Dugès. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1835.

Bonvalot. — De la mort subite ; phénomènes d'inhibition ayant pour point de départ l'utérus. (Th. Paris, 1892.)

Boucaud (de). — De la coexistence du fibrome et de l'épithélioma de l'utérus. (Th. Bordeaux, 1898.)

Bouglé. — Fibrome et cancer du corps. (Bull. Soc. Anat. 1900.)

Bourgeois. — De la coexistence des tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe. (Th. Lyon, 1897.)

Boursier. — Grossesse et fibrome. (Congrès Nantes, 1901.)

Broca. — Traité des tumeurs, 1869.

Byrne. — Fibrosarcome utérin. (Ann. Soc. An. Brooklyn, 1880.)

Camelot. — Fibrome et cancer du corps. (Journ. Sc. Méd. Lille, 1898.)

Cassabois. — Fibromes utérins aberrants de la cavité abdominale. (Th. Lyon, 1899.)

CATALANI. — Torsion de fibrome. (Cong. Obst. et Gyn. Naples, 1900.)

CATERNAULT. — Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. (Th. Paris, 1866.)

CHIBRET. — Fibrome à évolution rapide. (Bull. Soc. Anat., 1890.)

CHROBAK. — Myome et grossesse. (Med. Rev. Lond., 1899.)

COFFIN. — Etude sur les complications des fibromyomes de l'utérus. (Th. Paris, 1889.)

COHN. — Fibrome dégénéré. (Soc. Gyn. Breslau, 1903.)

COLLE. — Récidive sarcomateuse d'un fibrome du col. (Bull. Méd., 1896.)

CONDAMIN. — Dégénérescence du moignon. (Soc. Chir. Lyon, 1900.)

CONDAMIN. — Dégénérescence du moignon. (Lyon Médical, 1902.)

COSTEA. — Fibrome sarcomateux. (Spitalul, 1901.)

COSTES. — Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromes de l'utérus et de ses annexes. (Th..Paris, 1895.)

COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, 1872.

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique, 1856.

CULLINGWORTH. — Cent cas de fibromes. (J. of. Obst a. Gyn., 1902.)

CZEMPIN. — Complications de fibromes utérins. (Berl. klin. Woch. 1899.)

DAGRON. — Tumeur maligne abdominale à point de départ indéterminé. (Bull. Soc. An., 1887.)

DAINVILLE et MOULONGUET. — Fibrome et cancer du corps. (Bull. Soc. Anat., 1903.)

DAKIN. — Fibrome et sarcome. (Trans. Obst. Soc. London, 1898.)

DAMAS. — Essai expérimental et clinique sur les complications infectieuses des fibromyomes utérins. (Th. Lyon, 1895.)

DANIEL et GIROD. — Torsion de fibrome. (Bull. Soc. Anat. 1903.)

DANIEL. — Fibromes et annexes. (Rev. de Gyn. 1903.)

DARTIGUES. — Tumeurs solides de l'ovaire. (Rev. de Gyn., 1899.)

DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. (Th. Paris, 1901.)

DAUBER. — Fibrome et cancer du corps. (Trans. Obst. London, 1898.)

DELAGE. — Fibrome et cancer du col. (Bull. Soc. Anat. 1901.)

DELAGÉNIÈRE. — Grossesse et fibrome (Arch. prov. de chir., 1900.)

DELBET. — Fibrome et grossesse. (Bull. méd., 1902.)

DELORE et DAUVERGNE. — Fibrome et albuminurie. (Soc. sc. méd. Lyon, 1902.)

DEMARQUAY et SAINT-VEL. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.

DEVAUX. — Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins. (Th. Paris, 1903.)

DEVIC et GALLAVARDIN. — Contribution à l'étude du léiomyome malin. (Rev. de Chir., 1901.)

DEVIC et GALLAVARDIN. — Sur un cas de fibromyome de l'utérus avec généralisation viscérale. (Rev. de Chir., 1904.)

DOLÉRIS. — Fibrome récidivé. (Soc. d'obst. de gyn. et de pédiat., Paris, 1901.)

DOLÉRIS et PICHEVIN. — La pratique gynécologique.

DOLÉRIS. — Fibrome et grossesse. (La Gynéco., fév. 1900.)

DOLÉRIS. — Contribution à l'étude des myomes malins. (Arch. de tocologie, 1883.)

DORAN. — Cœur et fibrome. (J. of obst. a. gyn., 1903.)

DOYEN. — Albuminurie et fibrome. (Rev. crit. de méd. et de chir., 1901.)

DRUON. — Néoplasmes kystiques de l'utérus. (Th. Paris, 1899.)

DUNCAN. — Sarcome utérin. (Brit. gyn. soc., 1903.)

DUPARCQUE. — Maladies de la matrice, 1839.

DUPLAY. — Traitement des fibromes utérins. (Presse Méd., 1900.)

DUPLAY. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 1898.

DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, 1839.

DURET. — Transformations des fibromes. (Sem. gyn., 1898.)

EICHLER. — Fibrome et cancer. (Th. Munich, 1902.)

ELZHOLTZ. — Fibrome et délire. (Wien. klin. Wochensch., 1898.)

EMMET. — La pratique des maladies des femmes. 1887.

EVEET. — Sarcome utérin. (Münch. Med. Woch., 1903.)

FAIRBAIR. — Nécrobiose dans les fibromyomes utérins. (J. of. obst. a. gyn., 1903.)

FALK. — Sur un accouchement uniquement arrêté par un myome. (Münch. Med. Woch., 1898.)

FAUCON. — D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes. (Bull. Soc. Chir., 1873.)

FERRONI. — Torsion des fibromes. (Ann. di ost. e. gineco., 1900.)

FINET. — Grossesse et fibrome. (Bull. Soc. Anat., 1898.)

FLAISCHEN. — Fibrome et cancer du corps. (Zeitsch. f. Geb. u. Gy., 1900.)

FLETWOOD-CHURCHILL. — Traité pratique des maladies des femmes, 1866.

FRAIKIN. — Albuminurie et fibrome. (Journ. de méd. de Bord., 1897.)

FRAIPONT. — Fibrome et grossesse, (Ann. de la Soc. méd. chir., Liège, 1896.)

FRAYSSE. — De l'anurie au cours des fibromes de l'utérus et des kystes de l'ovaire. (Th. Bordeaux, 1904.)

FREDERICK. — Dégénérescence des fibromes. (Rev. de Gynéc., 1903.)

FREUND. — Fibromes et altérations de l'état général. (Cent. f. Gyn., 1900.)

FROMMEL. — Torsion de l'utérus par tumeurs. (Cent. f. Gyn., 1898.)

FULLERTON. — Fibrome et grossesse. (Amer. journ. of. obs. 1895.)

GAILLARD-THOMAS. — Traité clinique des maladies des femmes. 1879.

GALABIN. — Fibrome et cancer du corps. (Trans. obst., London, 1903.)

GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1873.

GALLEZ. — Diagnostic des tumeurs du ventre, 1890.

GANGOLPHE et DUPLANT. — Myome à métastases. (Presse Médicale. 1898.)

GLANTENAY et MARIE. — Sarcome fuso-cellulaire de l'utérus. (Bull. Soc. Anat,, 1898.)

GLOCKNER. — Fibrome et cancer du corps. (Soc. Obst., Leipzig, 1904.)

GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, 1879.

GOULLIOUD et MOLLARD. — Cancer musculaire de l'épiploon et de l'estomac. (Lyon médical, 1889.)

GOULLIOUD. — Myome malin. (Lyon médical, 1896).

GOULLIOUD. — Torsion de fibromes. (Lyon médical, 1904.)

GRANVILLE-BANTOCK. — Discours en faveur de la chirurgie conservatrice. (Brit. Med. Journ., 1899).

GROSS, ROEHMER et VAUTRIN. — Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, 1893.

GROSS. — Fibromes myxomateux. (Rev. méd. de l'Est. 1898.)

GROSSE. — Des interventions chirurgicales au cours de la grossesse et pendant le travail dans les grossesses compliquées de myomes. (Th. Paris, 1902.)

GRUBE. — Polype utérin et cancer du col. (Soc. obst., Hambourg, 1903.)

GUÉRIN. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, 1878.

GUÉRY. — Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins. (Th. Paris 1901.)

GUTIERREZ. — Fibrome et grossesse. (Rev. de Gynéc., 1898.)

GUYON. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. (Th. d'Agrég., 1860.)

GUYOTAT. — De l'élimination des fibromes utérins par gangrène et suppuration. (Th. Lyon, 1899.)

BERRY HART et FREELAND BARBOUR. — Manuel de Gynécologie, 1886.

HAUSSMANN. — Thrombose de la veine cave inférieure au cours d'un fibrome. (Soc. Obst. et Gynéc. de Kiew, 1897.)

HEGAR. — Sarcomes utérins. (Beit. z. Geb. u. Gyn., 1901.)

HEGAR et KALTENBACH. — Traité de Gynécologie opératoire, 1885.

HEURTAUX. — Torsion de fibrome. (Bull. Acad. Méd., 1896.)

HOFMEIER. — Fibrome et grossesse. (Z. f. Geb. u. Gyn., 1900.)

HORROCKS. — Fibro-kyste utérin. (Trans. Obst. Soc. London, 1898.)

HUBERT. — De l'albuminurie dans les fibromes utérins. (Th. Bordeaux, 1897.)

HUE. — Contribution à l'étude des compressions pelviennes occasionnées par les fibroïdes de l'utérus. (Bull. Soc. Chir., 1875.)

HUTIN. — Maladies des femmes, 1844.

JAHREISS. — Fibrome et diabète. (Cent. f. Gyn., 1901.)

IVANOFF. — Adénofibrome carcinomateux. (Wratch., 1897.)

JACOBS. — Fibrome et cancer. (Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1896.)

JACOBS. — Fibrome dégénéré. (Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1897.)

JACOBS. — Fibrome sphacélé. (Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.. 1900.)

JAYLE et BENDER. — Fibrome et cancer du corps. (Bull. Soc. Anat., 1902.)

JOHANNOWSKY. — Torsion de l'utérus par tumeurs. (Mon. f. Geb. u. Gyn., 1898.)

JOUSSELIN. — La dégénérescence muqueuse ou myxomateuse des fibromes de l'utérus. (Th. Paris, 1898.)

JURGENS. — Myome métastatique. (Berl. klin. Woch., 1881.)

KOEBERLE. — Compression du rectum par fibrome. (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 1869.)

KAHLDEN. — Sarcome utérin. (Ziegler's Beit. z. Pathol. Anat., 1893.)

KALABINEC. — Fibrome et grossesse. (Wratch., 1901.)

KANEGISSER. — Fibromes suppurés. (Soc. Gyn. et Obst. de St-Pétersb., 1900.)

KATZ. — Du sphacèle des fibromyomes utérins. (Th. Nancy, 1884.)

KEIFFER. — Fibromes dégénérés. (La Gyn., 1899.)

KESSEL. — Fibrome et grossesse. (Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1900.)

Kessler. — Cœur et Fibrome. (Zeit. f. Geb. u. Gyn., 1902.)

Kleinwæchter. — Fibrome et diabète. (Z. f. Geb. u. Gyn., 1900.)

Krisch. — Fibromyome à métastases. (Th. Gœttingen, 1889.)

Krüger. — Fibrome et cancer. (Th. Kœnigsberg, 1903.)

Laboulbène. — Fibromyome malin. (Gaz. Méd. de Paris, 1869.)

La Colombe de la Volpilière. — Dégénérescence secondaire de l'utérus. (Th. Paris, 1901.)

Lafont. — Dégénérescence sarcomateuse des fibromes utérins. (Th. Bordeaux, 1902.)

Lanelongue. — Leçons de clinique chirurgicale, 1888.

Lanelongue. — Torsion de fibrome. (Journ. Méd. de Bordeaux, 1896.)

Langerhans. — Leimyome malin. (Berl. medic. Gesell., 1893.)

Larcher. — De la rupture spontanée de l'utérus. (Arch. Gén. de Méd., 1867.)

Lasnier. — Sphacèle et purulence des fibromes utérins. (Th. Bordeaux, 1897.)

La Torre. — Dégénérescence de l'utérus. (Congrès internat. Paris, 1900.)

Laurent. — Myome métastatique. (Bull. Soc. Anat., 1876.)

Lautier et Horteloup. — Fibrome suppuré. (Bull. Soc. Anat., 1888.)

Lauwers. — Dégénérescence des myomes. (Ann. de l'Inst. Saint-Antoine de Courtray, 1897.)

Lawson Tait. — Traité clinique des maladies des femmes, 1891.

Lebec. — Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus. (Th. Paris 1880.)

Leblond. — Les tumeurs fibreuses de l'utérus... au point de vue de la gastrotomie. (Ann. de Gyn., 1874.)

Leblond. — Traité élémentaire de chirurgie gynécologique, 1878.

Lefour. — Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. (Th. Paris, 1881.)

Legrand. — De la thrombose veineuse dans certains cas de fibromes utérins et kystes de l'ovaire. (Th. Paris, 1879.)

LEGUEU. — Leçons de clinique chirurgicale, 1902.

LEJARS. — Leçons de chirurgie. (La Pitié, 1895.)

LE NOUENE. — Occlusion intestinale par fibrome. (Rev. Méd. de Norm., 1901.)

LEPAGE. — Indications opératoires dans le cas de fibrome et grossesse. (Presse Médic., 1900.)

LEPETIT. — Fibrome et cancer du corps. (Bull. Soc. Anat., 1894.)

LEVRET. — Mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin. (Mém. de l'Acad. Roy. de Chir., édit. 1819.)

LISFRANC et PAULY. — Maladies de l'utérus, 1836.

LOUIS. — Mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice. (Mém. Acad. roy. de chir., t. II, édit. 1819.)

LUDLAM. — Leçons cliniques et didactiques sur les maladies des femmes, 1879.

LUROTH. — Essai sur le ramollissement et la putrescence de l'utérus. (Th. Strasbourg, 1827.)

LUTAUD. — Manuel des maladies des femmes, 1891.

MACÉ. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. (Th. Paris, 1896.)

MACNAUGHTON JONES. — Fibrome et cancer. (Brit. Gyn. J., 1897.)

MANN. — Fibromes dégénérés. (Americ. Journ. of. Gyn., 1896.)

MARCHAND. — Epithélioma du corps de l'utérus greffé à la base d'un polype. (Ann. méd.-chir. du Centre, 1903.)

MARCHESI. — Fibrome et cancer du col. (Arch. d'Ost. e Gin., 1896).

MARJOLIN. — Dict. de méd. en 30 volumes, 1846 (art. Polypes).

MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes, 1889.

MARTIN. — Pronostic et difficultés opératoires de quelques tumeurs fibreuses de l'utérus. (Rev. méd. de Norm. 1903.)

MARTIN. — Torsion de fibromes. (Normandie médicale, 1897.)

MARTIN (Christofer). — Torsion de fibromes. (Midland Méd. Soc., 1901.)

MARTIN. — Rupture utérine pendant le travail par fibrome. (Cong. internat., Paris 1900.)

Martineau. — Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, 1878.

Mastny. — Myome malin. (Zeit. f. Heilk., Wien., 1901.)

Mauclaire et Cottet. — Fibrome dégénéré. (Bull. Soc. Anat., 1898.)

Mehmet. — Torsion de fibromes. (Bull. Soc. Anat., 1896.)

Merner. — Terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins; du danger de leur extirpation. (Th. Paris, 1883.)

Michel. — Fibromes et embolies pulmonaires. (Rev. de gyn., 1900.)

Mikhine. — Fibrome et grossesse. (J. d'obst. et de gyn., 1898.)

Miles-F. Porter. — Fibrome et grossesse. (Am. of Gyn. a. Ped., 1902.)

Milliot. — Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus (Th. Paris, 1873.)

Montgommery. — Cancer et myome. (The therap. Gaz., 1903.)

Montprofit. — Fibrome et grossesse. (Rev. de Gyn., 1899.)

Morestin. — Fibrome et cancer du col. (Presse Méd., 1900.)

Morestin. — Sarcome utérin ayant déterminé une inversion. (Bull. Soc. Anat., 1900.)

Munde. — Traité de petite chirurgie gynécologique, 1889.

Nélaton. — Traumatisme et affections cardiaques. (Th. Agrég., Paris, 1886.)

Niedergall. — Sarcome, carcinome, myome et polype muqueux sur le même utérus. (Gaz. méd. de Paris, 1896.)

Noble. — Complications et dégénérescences des fibromes. (Amer. J. of. Obst., 1901.)

Nonat. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.

Olivares. — Adénomes malins de l'utérus. (Th. Paris, 1901.)

Olshausen. — Traitement des fibromes qui compliquent la grossesse et l'accouchement. (Handb. d. Gyn., 1897.)

Orillard et Durante. — Fibrome dégénéré. (Bull. Soc. Anat., 1894.)

ORTH. — Origine vasculaire du sarcome utérin. (Lehrb. d. spec. Path. Anat., 1893.)

OSWALD. — Myome et cancer. (La Gyn., 1903.)

OTT. — Fibrome dégénéré. (Soc. obst. et gyn., St-Pétersb., 1895.)

OUI. — Fibrome et salpingite. (Echo méd. du Nord, 1902.)

OULEZKO-STROGANOWA. — Myome malin. (Soc. obst. et gyn., St-Pétersb., 1901.)

PAGENSTECHER. — Grossesse et fibrome. (Cent. f. Gyn., 1900.)

PAUCHET. — Dégénérescences des fibromes. (Gaz. méd. de Picardie, 1900.)

PAVIOT et BÉRARD. — Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. (Arch. de méd. expér., 1897.)

PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et dn bassin, 1895.

PÉAN. — De la prétendue bénignité des fibromes. (Cong. de chir., 1893.)

PÉRAIRE. — Des endométrites infectieuses. (Th. Paris, 1885.)

PERRIER. — Les hémorragies intra-péritonéales dans les cas de fibromes utérins. (Th. Lyon, 1904.)

PFANNENSTIEL. — Sarcome en grappe du col utérin. (Virchow's Archiv., 1892.)

PICHEVIN. — Dégénérescence maligne des fibromes utérins. (Sem. gyn., 1900.)

PICHEVIN. — Gangrène des fibromes. (Sem. gyn., 1902.)

PICK. — Histogenèse et classification des sarcomes utérins. (Arch. f. Gyn., 1895.)

PICQUÉ. — Fibrome et salpingite. (Soc. méd. de Paris, 1898.)

PICQUÉ — Un cas de fibrome avec occlusion intestinale. (Soc. de méd. de Paris, 1898.)

PILLIET. — Evolution sarcomateuse d'un fibrome utérin (Bull. Soc. Anat., 1894.)

PILLIET. — Dégénérescences des fibromes. (Bull. Soc. Anat., 1896.)

PILLIET et DELAUNAY. — Torsion de fibromes. (Bull. Soc. Anat., 1897.)

PLANQUE. — Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins. (Th. Paris, 1897.)

PLUYETTE. — Thérapeutique des fibromes. (La Gyn., 1902.)

POLAILLON. — Myome et grossesse. (Ann. de Gyn. 1874.)

POLLOSSON (A.) et DURAND. — Torsion de fibrome. (Bull. Soc. Chir. Lyon, 1902.)

POLLOSSON (M.) et TIXIER. — Fibrome et cancer du corps. (Soc. Sc. Méd. Lyon, 1896.)

POTHERAT et LEURET. — Fibrome et cancer du col. (Bull. Soc. Anat., 1899.)

POTHERAT. — Fibrome utérin dégénéré. (Bull. Soc. Chir., 1903.)

POURRAT. — Troubles urinaires dans les fibromes. (Th. Paris, 1884.)

POZZI. — De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. (Th. Agrég., 1875.)

POZZI. — Fibrome et hydronéphrose suppurée. (Bull. Soc. Chir., 1884.)

POZZI. — De la valeur des altérations des reins consécutives aux corps fibreux. (Ann. de Gyn., 1884.)

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1897.

PUJOL. — La grossesse dans l'utérus fibromateux. (Rev. Intern. de Méd. et de Chir., 1897.)

PUTMANN. — Fibrome dégénéré. (Acad. of. Méd. New-York, 1897.)

QUÉNU. — Sarcome utérin. (Bull. Soc. Chir., 1902.)

RECLUS. — Fibrome et salpingite. (Bull. Méd. 1894.)

RECLUS. — Cliniques chirurgicales de la Pitié, 1894.

REDLICH. — Dégénérescence cancéreuse d'un polype. (Soc. Gyn. et d'Obst. de St-Pétersb., 1903.)

REINPRECHT. — Torsion par tumeurs de l'utérus gravide. (Rev. de Gyn., 1900.)

RENDU. — Fibrome et albuminurie. (Lyon Méd., 1902.)

RICARD. — Traitement des fibromes. (Gaz. des Hôp., 1898.)

RICARD. — Torsion de fibrome. (Bull. Soc. Chir., 1902.)

RICHER. — Fibromyome malin. (Bull. Soc. Anat., 1877.)

RIDDLE GOFFE. — Quels conseils à donner à une femme souffrant de tumeur fibreuse de l'utérus ? (Med. News, 1903.)

RITTER. — Coexistence du sarcome et du carcinome utérins. (Th. Zurich, 1902.)

ROBERT. — Accidents septiques dans les corps fibreux. (Th. Paris, 1885.)

ROCHE. — L'ovaire des fibromateuses. (Th. Bordeaux, 1904.)

ROCHET. — Des indications opératoires de certaines tumeurs... ayant comprimé les urétères. (Gaz. des Hôp., 1893.)

ROSENWASSER. — Grossesse et fibrome. (Ann. of Gyn. a. Ped., 1899.)

ROUX. — Mémoire sur l'organisation des polypes utérins. (J. de Méd. Chir. et Pharm., germinal, an X.)

RUDOLPH. — Transformations purulente et séreuse des myomes utérins. (Th. Würzbourg, 1901.)

SCANZONI. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, 1858.

SCHAPER. — Métastase néoplasique au centre d'un fibrome. (A. f. Path. Anat., 1892.)

SCHARLIEB. — Cent cas de fibromyomes utérins. (The Journ. of Obst. a Gyn., 1902.)

SCHLAGENHAUFER. — Fibrome à métastases. (Wien. klin. Woch., 1902.)

SCHULTZE. — Torsion des fibromes. (Zeit. f. Gyn. u. Geb., t. XXXVIII.)

SCHULTZ-SCHULTZENSTEIN. — Myome et cancer du corps. (Berl. klin. Woch., 1902.)

SCHWARTZ. — Torsion de fibrome. (Soc. Gyn. Obst. Péd. de Paris, 1900.)

SCHWARTZ et HEPP. — Traité de chirurgie Delbet-Le Dentu.

SCHWARTZ. — Torsion de fibrome. (Bull. Acad. Méd., 1896.)

SEBILEAU. — Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen. (Rev. de Chir., 1887.)

SECHEYRON. — Des accidents de la grossesse dans les petits fibromes. (Sem. Gyn., 1897.)

SHOEMAKER. — Fibromes utérins au moment de la ménopause. (Philad. Med. J., 1903.)

Sinéty (de). — Manuel pratique de Gynécologie, 1879.

Skene. — Fibrome et grossesse. (Amer. Gyn. a. Obst. New-York, 1900.)

Spannocchi. — Ann. di Ost. e Gineco., 1899.

Spencer Wells. — Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales, 1886.

Stone. — Fibrome dégénéré. (Wash. Obst. a. Gyn., 1898.)

Swiecicki. — Myome évacué par le rectum. (Arch. f. Gyn., 1901.)

Tate. — Fibrome et cancer du corps. (Obst. Soc. London, 1904.)

Texier. — Indications de l'hystérectomie vaginale. (Th. Bordeaux, 1897.)

Thaer Johnson. — Fibrome et grossesse. (Amer. Gyn. Soc., 1903.)

Theilhaber. — Causes des hémorragies dans les cas de fibromyome utérin. (Verhand. d. Gesell f. Gyn., t. X.)

Thumin. — Interventions pour fibrome et grossesse. (Arch. f. Gyn., 1901.)

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique.

Tixier. — Coïncidence de fibrome et d'épithélioma. (Gaz. des hôpit. de Toulouse, 1896.)

Trélat. — Clinique chirurgicale, 1891.

Tripier. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1883.

Tuffier. — Fibrome et albuminurie. (Bull. Soc. Chir., 1893.)

Turner. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. (Th. Paris, 1900.)

Uteau. — De l'anurie au cours des néoplasmes pelviens. (Th. Paris, 1903.)

Van Hasselt. — Fibrome et grossesse. (Bull. Soc. belge obst. et gynéco., 1898.)

Vanverts. — Fibrome et grossesse tubaire. (Bull. Soc. Anat., 1896.)

Varnek. — Sarcome utérin. (Meditzin Obozren., 1901.)

Varnek. — Sarcomes utérins. (Soc. obst. et gyn. de Moscou, 1901.)

Velpeau. — Médecine opératoire, 1832.

Vercoutre. — Torsion des fibromes. (Rev. de méd. milit., 1879.)

VERNEUIL. — De la bénignité des fibromes. (Ann. de gyn., 1880.)

VERSTRAETE. — Du fibrome utérin compliqué de cancer épithélial. (Th. Paris, 1899.)

VIDAL (de Cassis). — Traité de pathologie externe, 1855.

VIGNARD. — Sarcome de l'utérus. (Bull. Soc. Anat., 1888.)

VILLARD. — Le myome malin. (Th. Lyon, 1905.)

VIOLET. — Fibrome à évolution rapide. (Soc. de chir. de Lyon, 1899.)

VITRAC. — Fibrome et cancer. (Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1897.)

VITRAC. — Fibrome malin. (Sem. gyn., 1898.)

WALTHER et GUILLOT. — Torsion de fibrome. (Bull. Soc. Anat., 1898.)

WALTHER. — Fibrome et cancer du col. (Bull. Soc. Chir., 1902.)

WALZER. — Grossesse et fibrome. (Centr. f. Gyn., 1900.)

WEISS. — Du sphacèle des fibromes utérins. (Gaz. des hôp., 1881.)

WERTH. — Torsion des fibromes. (Jahrb. d. K. K. Krank. Anst., 1902.)

WEST. — Maladies des femmes, 1856.

WIART. — Torsion de fibromes. (Bull. Soc. Anat., 1902.)

WILLIAMS. — Sarcome utérin. (Zeit. f. Heilk., 1894.)

WYLIE. — Fibrome dégénéré. (N. Y. Med. Journ., 1897.)

6687 LYON. — IMP. SCHNEIDER

